

療養費(治療用装具) 不備の多い点をまとめました

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ **治**

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報※	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(左づめ)			<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和		
	(フリガナ)					
氏名・印						印
白書の場合は押印を省略できます。						
住所	〒		部	連	府	県
電話番号(日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 協同 信用 その他()	本店 支店 代理店 出店所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	※カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の情報	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年	月	日
	氏名・印		<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
代理人(口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との関係		
住所					
(フリガナ)					
氏名・印	印				

※ご注意ください 家族(被扶養者)の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。 **【被保険者記入用】は2ページに続きます。>>>**

被保険者のマイナンバー記載欄
 被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
 記入した場合は、本人が同意書及び現住所の届出が必要となります。
 (詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 _____ 協会使用欄 _____

6 6 1 6 6 9 1 _____

(2020.01) 受付日付印

全国健康保険協会 協会けんぽ

(1/2)

制度の概要は[こちら](#)
 申請書のダウンロードは[こちら](#)

被保険者情報欄 氏名・生年月日の不備

被保険者(お勤めされている方)の氏名と生年月日を記入する欄になります。被扶養者が装具を作られた場合、その方の氏名等を書かないようご注意ください。

振込先指定口座欄の不備

①振込先指定口座欄の記入漏れ(申請の都度記入が必要です。)
 ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
 ③ゆうちょ銀行の店名記入誤り
 ※ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁の店名になります。
 (例)八二八支店など。通帳に記載がありますのでご確認ください。

上記の場合は返戻となります。

被保険者のマイナンバー記載欄の記入

マイナンバーを記載された場合は、添付書類が必須となります。詳細は[こちら](#)をご覧ください。

被保険者氏名

申請内容	1 受診者 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1-1 家族の場合はその方の 氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>1. 昭和 2. 平成 3. 令和</small>
2 傷病名 <input type="text"/>	3 発病または 負傷年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>1. 平成 2. 令和</small>
4 発病の原因および経過 (詳しく) <input type="text"/>	1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 <small>(原因未上(確定))</small>
5 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
6 治療用器具を装着した日 (診療を受けた期間)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで 日数 <input type="text"/> 日 <small>1. 平成 2. 令和</small>
6-1 上記の期間に 入院していた場合は、その期間	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで 日数 <input type="text"/> 日 <small>1. 平成 2. 令和</small>
7 器具等の装着について 指示を受けた日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>1. 平成 2. 令和</small>
8 治療用器具の金額	<input type="text"/> 円
9 診療の内容	<input type="text"/>
10 療養費の支給申請の理由	5 治療用器具を作成したため

受診者・傷病名欄の不備

未記入の場合、返戻となります。

様式番号

6 6 1 7 6 8

◆添付書類 添付がない場合書類を返戻いたします。

□医師の「意見および装具装着証明書」等の原本

- 「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）及び装具装着証明書」
- 弾性着衣等の場合は、「弾性着衣等装着指示書」に医師から記入・証明を受けるか、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
- 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」

□領収書の原本（装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書）

□検査書の原本（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合）

※「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー

□装具の現物写真（靴型装具の場合）

□療養が負傷による場合→「[負傷原因届](#)」

□療養が第三者による場合→「[第三者行為による傷病届](#)」

◆ご注意ください

療養費を申請する際に添付いただいた領収証等につきましては、協会けんぽでの**支給決定後**「協会けんぽの保有個人情報」となるため、**返却することができません。**
協会けんぽに療養費を申請する目的以外での添付書類を使用する予定がある場合は、あらかじめコピーして保管いただくか、申請書の提出時に、「**原本返却希望**」
であると分かる書面を同封いただければ、協会けんぽにて原本を確認後、申請書に記入いただいた住所へ返却いたします。

協会けんぽへの療養費の申請以外に領収書が必要となるケース

- ・各市町村の子ども医療費助成の申請
- ・医療費控除等の確定申告の申請 等

※なお、支給決定後に協会けんぽへご提出いただいた領収書等が必要になられた場合、「保有個人情報の開示請求」（有料）をしていただくことで写しの交付が可能です。

開示請求の方法につきましては、ホームページをご覧ください。

開示請求については[こちら](#)