

療養費支給申請書（治療用装具）の記入の注意点

記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、作成をお願いします。申請書はコンピューターで読み取りますので枠内に楷書で丁寧に記入ください。

1ページ目：本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 ページ

※ (枝番) の記入は不要です

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 枝番 00

氏名 キョウカイ タロウ 協会 太郎

生年月日 平成元年 5月 10日

資格取得年月日 令和 2年 4月 1日

保険者番号 12345678

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

記号・番号 21700023 1

生年月日 2 01 05 10

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフン除く) 7000000

電話番号 (左つめハイフン除く) 086XXXXXX

住所 岡山 岡山市 ○○区 ○○町 1-1

記号番号・氏名(カタカナ)は資格情報のお知らせ等に記載の記号番号氏名を正確に記入してください。※対象者がご家族(被扶養者)であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人(被保険者)の氏名**を記入してください。

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称 ゆうちょ 銀行 金融 信組

支店名 五四〇

預金種別 1 普通預金

口座番号 (左つめ) 2345678

お振込先は原則、「被保険者ご本人口座のみ」氏名(カタカナ)は、口座名義として使用されます。事業主やご家族の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)の口座情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下の点にご注意ください。

- 玉島の「玉」を「五」と読み取るケースがありますので丁寧に記入ください
- 「本店営業部」「本所」と「本店」の選択間違え
- ゆうちょ銀行の「支店名」と「口座番号」



【社会保険労務士様へ】
申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記入欄に代行者名の他に「**社労士事務所の所在地**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記入欄】
資格情報のお知らせ等に記載された記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要**です。※本人確認書類等も不要です。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

種類 6 6 1 1 1 2 0 1

対象病名

枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2022.12)

1/2

【被保険者が亡くなられて相続人が申請する場合】
相続人が申請される場合は、被保険者情報の「記号番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の情報を記入ください。
※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。
★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

療養費の支給まで、申請から1か月程度かかります。ご了承ください。
(書類に不備があった場合は、1か月以上かかります。)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
家 族

| | |
|------------------------------------|--|
| 被保険者氏名 | |
| ①-1 装具作製対象者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者) |
| ①-2 装具作製対象者の氏名(カタカナ) | <input type="text"/> |
| ①-3 生年月日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 2 発病名 | ③ 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| ④-1 発病の原因 | <input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での発病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事中(業務上)での発病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での発病 |
| ④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求 |
| ⑤ 発病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| ⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称 | |
| ⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地 | |
| ⑥-3 診療した医師等の氏名 | |
| 7 装具等の装着指示日(医師による装着指示日) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 8 装具等購入日(領収日)および金額 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 円(右づめ) |
| 9 装具等装着確認日(証明日) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 10 診療の内容 | 治療用装具の装着 |
| 11 療養費申請の理由 | <input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作製したため |

指示書の「疾病名」「診断名」とおりご記入ください。

対象者の氏名と生年月日をご記入ください。

発病または負傷年月日が不明な場合は、「不明」とご記入ください。

・仕事中や通勤中での傷病でも、労働基準監督署にご相談の結果、**労災や通災に該当しない場合は「1」とご記入ください。**
・学校、通学、部活は「1」とご記入ください。

②、⑥～⑨は領収書や医師からの装着指示書等を確認してご記入ください。わからない項目がある場合は、わかる範囲でご記入ください。

(例) 病院の所在地がわからない → 市区町村までご記入ください。

添付書類の注意点

《小児弱視等の治療用眼鏡を購入した時》

《治療用装具を購入・装着した時》

① 医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー
※視力等の検査結果も必要になります。
「眼鏡等作成指示書」に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も必要です。**

① 領収書(原本)
※装具の名称・及び費用額を確認するため内訳も必要です。領収書に内訳書等がある場合は、**領収書と内訳書等を併せて提出してください。**

② 領収書(原本)
※領収書の氏名は**対象者(お子様の名前)**となります。
※**但し書きに「治療用眼鏡代のため」との記載が必要です。**

② 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」(原本)
※弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」

給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類(添付書類含む)の返却はできません。
お手元にコピーを残してからご申請ください。

照会先



〒700-8506
岡山市北区本町6-36
第一セントラルビル8階
TEL: 086-803-5780

<岡山支部HP>



(代表: 自動音声案内①)