

療養費支給申請書（治療用装具）の記入の注意点



申請者は本人（被保険者）となります。
記入漏れの場合、申請書をお返すことがあります。

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ください。
ご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 2 ページ

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
記号・番号 1 0 1 0 1 0 1 1	1	1 40 10 0 1
個人番号 (マイナンバー)		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)
被保険者(申請者)情報 氏名(カタカナ) キヨウカイ タロウ		※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がおなくなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
氏名 協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く) 9810000	電話番号 (左づめハイフン除く) 022XXXXXX	
住所 宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1		
振込先指定口座 公金受取口座の利用について <input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。	
公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
金融機関名称 ゆうちょ 銀行	支店名 八一八	本店 支店
預金種別 1 普通預金	口座番号 (左づめ) 2345678	
ゆうちょ銀行の口座へお振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。		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄		

被保険者情報

資格情報のお知らせ

記号	1010101	番号	1	枝番	00
氏名	キョウカイ タロウ 協会 太郎				
生年月日	昭和40年10月1日				
資格取得年月日	昭和60年10月1日				
保険者番号	01010016				
保険者名称	全国健康保険協会 北海道支部				

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・氏名を正確にご記入ください

※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。

マイナンバーは**記号・番号が不明の場合のみ**ご記入ください。(記入した場合は別途、添付書類が必要になります)

振込指定先口座

- 「公金受取口座」を利用する場合
⇒「1.希望する」と記入し、口座情報の記入は不要

事前に**マイナポータル**での登録が必要です！

- 「公金受取口座」以外の口座に振り込む場合
⇒「2.希望しない」と記入し、口座情報を記入

お振込先は原則、「被保険者ご本人のみ」

事業主や家族の口座への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。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。※資格情報のお知らせに記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応が必須です。

- ①振込先指定口座欄の下に赤字で「**口座名義名が異なります**」と記入
- ②申請書に下記書類を添付
 - ・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
 - ・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方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、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方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。

【社会保険労務士様へ】

申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」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。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2

ご本人(被保険者)の氏名を記入ください。

受診者が、ご本人(被保険者)か、ご家族(被扶養者)かについて番号をご記入ください。

受診者の氏名と生年月日を記入ください。

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。

就労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**、④-1は「1」とご記入ください。(お仕事に就いていない被扶養者様の場合も同様です。)

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。不明な項目がある場合は、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。

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)	姓と名の順は1マス空けてご記入ください(漢点「・」、半濁点「゜」は1字としてご記入ください。)
①-3 生年月日	1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
② 傷病名	③ 発病または負傷年月日 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 就労中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病
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. 認定中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求
⑤ 傷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

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》

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。**

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。

《治療用装具を購入・装着した時》

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 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」

審査終了後は、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。

