

記入のポイント 療養費（治療用装具）（1ページ）

1 2 ページ

治

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書（治療用装具）

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等（以下「装具」という。）を被保険者が療養のために必要な場合に、被保険者の療養費に算入し、支給する。

記号（左詰め）

記号・番号

氏名（カタカナ）

氏名

郵便番号

電話番号（フン除く）

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

振込先指定口座

金融機関名称

支店名

本店 支店
 代理店 出張所 本店営業部
 支店営業部 支所 支所

十六銀行、大垣共立銀行の本店営業部は、「本店営業部」に○ 「本店」は×

2 ページ目に続きます。

被保険者の記号・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

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

記入不要

全国健康保険協会

1/2

記入のポイント 療養費（治療用装具）（2ページ）

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
被保険者氏名	被保険者(本人)の名前			
①-1 装具作製対象者	☐ 1. 被保険者 ☐ 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。			
①-3 生年月日	☐ 1. 昭和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 2. 平成 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 3. 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日			
② 傷病名	☐ 1. 仕事以外(業務外)で ☐ 2. 仕事(業務上)での傷病 ☐ 3. 通勤途中での傷病			
④-1 傷病の原因	☐ 1. はい ☐ 2. 請求中 ☐ 3. 未請求			
④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
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。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑥-3 診療した医師等の氏名	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑦ 装具等の装着指示日(医師による装着指示日)	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑧ 装具等購入日(補収日)および金額	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑨ 装具等装着確認日(証明日)	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ			
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着			
⑪ 療養費申請の理由	5 5. 治療用装具を作製したため			

すべて記入

領収書・医師の証明書などから転記

「健康保険療養費支給申請書(治療用装具)記入の手引き」をご確認ください。

6 6 1 2 1 2 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2