

# 記入のポイント 療養費（治療用装具）（1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



コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡については「記入の手引き」をご確認ください。

および添付書類等  
使用ください。

被保険者(本人)の情報を記入  
※扶養家族の情報ではありません

被保険者証	記号(左づめ)	月	日
氏名(カタカナ)			
氏名	※申請者はお勤めされている「いた」被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
郵便番号(ハイフン除く)	電話番号(左づめハイフン除く)		

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

金融機関名称	支店名	口座番号(左づめ)
預金種別	1 普通預金	

2ページ目に続きます。 >>>

原則記入不要  
記入すると確認書類が必要

# 記入不要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

# 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 装具作成対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
①-2 装具作成対象者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
② 傷病名	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)で <input type="checkbox"/> 2. 仕事(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. 請求中 <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	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>すべて記入</p> </div>
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)	<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)	<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)	<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 checked="" type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため

6 6 1 2 1 2 0 1