

現金給付、証交付、任意継続等に関する申請 編

2-3-1-①-f

申請内容を入力する

療養費支給申請書(治療用装具)

本項では療養費支給申請書(治療用装具)の申請内容を入力する操作概要について説明します。

1. 加入者情報を入力する

●被保険者が申請する場合

保険者名称や記号・番号は全国健康保険協会の資格情報が設定されるため、入力不要です。

氏名 **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) **必須** 

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(^)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 **必須**

年
昭和64年・平成元年(1989年) 

月
5月 

日
10日 

氏名と生年月日は全国健康保険協会の資格情報が設定されます。入力内容に誤りがないか確認し、誤りがある場合は修正します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

● 社会保険労務士の場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 必須

保険者名称
東京支部

記号・番号 必須

記号
21700023

番号
21

保険者名称と記号・番号を入力します。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼


月
5月 ▼

日
10日 ▼



氏名と生年月日を入力します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。
郵便番号が分からない方は [こちら](#) 

郵便番号

1050000  

1050000
東京都港区

7 / 7

郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。選択可能な住所が一覧で表示されます。住所を選択します。

住所 必須

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県
東京都

市区町村
港区

丁目・番地
〇〇1丁目1番地

建物名・号室
△△マンション101

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

電話番号 **必須**

半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

090

-

1234

-

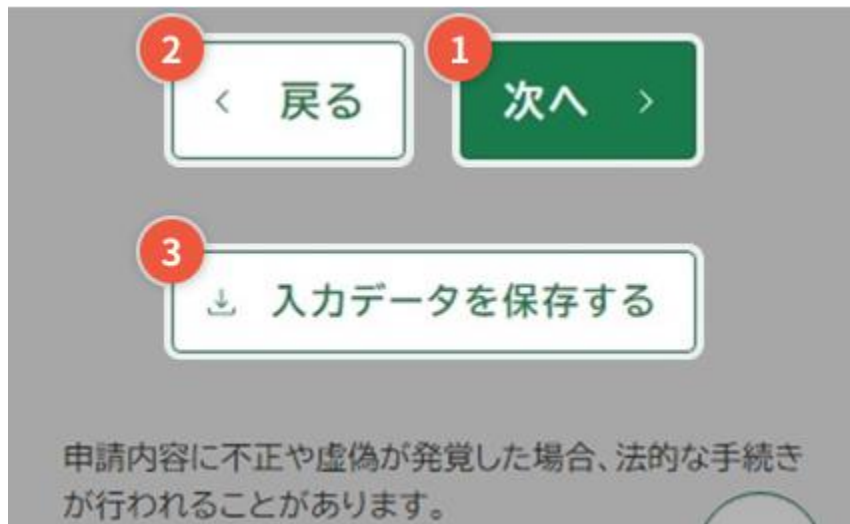
1234

今回の申請は一度お返しした申請について再申請(提出)されるものですか。 **必須** (?)

はい

いいえ

電話番号を入力し、今回の申請が再申請の場合は「はい」を、再申請ではない場合は「いいえ」を選択します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。



attention

操作に関する注意事項

この画面で「戻る」ボタンを押すと、内容がクリアされますので、ご注意ください。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(治療用装具)_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例: 2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(治療用装具)_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ハ

2.口座情報を入力する

振込先指定口座

公金受取口座希望 **必須**

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択してください。

公金受取口座への振込を希望されない場合は「希望しない」を選択してください。

※原則申請者本人の口座にお振込みします。申請者が被保険者の場合のみ公金受取口座を希望できます。

マイナポータルに登録された公金受取口座の情報について、協会けんぽが口座情報を取得できるまで一定の期間を要します。

そのため、マイナポータルに公金受取口座を登録されて間もない方は、ご利用の希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。

希望する 希望しない

公金受取口座希望の有無を選択します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択します。

公金受取口座への振込を希望しない場合は、「希望しない」を選択します。

「希望する」を選択した場合 > [次の操作](#) へ

「希望しない」を選択した場合 > [公金受取口座を希望しない場合](#) へ

● 公金受取口座を希望しない場合

金融機関名称 **必須**

金融機関名称をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「銀行」、「信用金庫」等、金融機関の種別まですべて入力ください。

振込先指定口座は、申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

全角50文字以内で入力ください。

▼ [海外療養費を申請される場合の口座の入力についてはこちら](#)

金融機関名称

けんぽ

× ^

けんぽ銀行

けんぽ信託銀行

埼玉けんぽ農業協同組合

金融機関名称を検索して選択するか、直接入力します。

※金融機関名称は部分一致で検索されます。

支店名 **必須**

支店名をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「支店」、「本店」、「出張所」等、支店の種別まですべて入力ください。

全角15文字以内で入力ください。

✓ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

支店名

押上支店

浅草橋支店

亀有支店

綾瀬支店

赤羽支店

青山支店

支店名を検索して選択するか、直接入力します。

※支店名は部分一致で検索されます。

預金種別

ご指定いただけるのは普通預金口座のみとなります。

普通預金

口座番号 **必須**

半角数字7桁以内で入力ください。

▼ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

口座番号

1234567

口座番号を入力します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(治療用装具)_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(治療用装具)_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ハ

3. 申請情報を入力する

The screenshot shows a web application interface for entering application information. At the top, there is a progress bar with six steps: 1 (checkmark), 2 (checkmark), 3 (highlighted with a green circle), 4 (grey circle), 5 (grey circle), and 6 (grey circle). Below the progress bar, the text '申請情報入力' (Enter application information) is displayed. The main content area is titled '申請内容' (Application content). Below this title, there is a section for '装具作製対象者' (Equipment manufacturing target person) with a '必須' (Required) label. At the bottom, there are two buttons: '被保険者' (Insured person) and '家族(被扶養者)' (Family (Dependent)). The '被保険者' button is highlighted with a green background.

被保険者が治療用装具を作製・購入・装着した場合は「被保険者」を、家族(被扶養者)が治療用装具を作製・購入・装着した場合は「家族(被扶養者)」を選択します。

装具作製対象者の氏名(カタカナ) **必須**

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

装具作製対象者の氏名(カタカナ)

キョウカイ タロウ

装具作製対象者の生年月日 **必須**

年

昭和64年・平成元年(1989
年)



月

5月



日

10日



装具作製対象者の氏名と生年月日を入力します。

傷病名 **必須**

全角25文字(半角50文字)以内で入力ください。


傷病名

右膝関節靱帯損傷


発病または負傷年月日

具体的な日付がわからない場合は、わかる範囲で入力ください。


年

令和8年(2026年) 

月

1月 

日

20日 

傷病名と発病・負傷年月日を入力します。

The screenshot shows a form titled '傷病の原因' (Cause of Injury) with a '必須' (Required) label. Below the title is a dropdown menu with the selected option '仕事中以外(業務外)での傷病'. Further down, there is a question: '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。' (Is the cause of the injury due to the behavior of a third party (traffic accident or fight, etc.)?) with a '必須' (Required) label. At the bottom, there are two buttons: 'はい' (Yes) and 'いいえ' (No), with 'いいえ' being highlighted in green.

傷病の原因を入力し、原因が第三者の行為によるものか選択します。

point 操作に関するポイント

「傷病の原因」で「仕事中(業務上)での傷病」、または「通勤途中での傷病」を選択した場合、「労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。」が表示されます。

労働災害、通勤災害の認定の有無を選択します。

This screenshot shows the same '傷病の原因' (Cause of Injury) section, but with '仕事中(業務上)での傷病' selected in the dropdown menu. Below this, a new question appears: '労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。' (Are you recognized as having suffered a labor disaster or commuting disaster?) with a '必須' (Required) label. At the bottom, there is a dropdown menu for '労災・通災認定の有無' (Presence of labor/commuting disaster recognition) with the selected option '請求中' (In progress).

診療を受けた医療機関等の名称 **必須**

全角39文字(半角78文字)以内で入力ください。

診療を受けた医療機関等の名称

〇〇クリニック

診療を受けた医療機関等の所在地 **必須**

所在地は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県

東京都



市区町村

港区

丁目・番地

〇〇1丁目1番地

建物名・号室

△△△△

診療を受けた医療機関等の名称と所在地を入力します。

診療した医師等の氏名 **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

診療した医師等の氏名

健保 次郎

診療した医師等の氏名を入力します。

装具等の装具指示日(医師による装着指示日)

治療用装具等の装着について指示を受けた日を入力ください。
弾性着衣の場合は、指示書に記載されている装着指示があった日、小児弱視等にかかる眼鏡等の場合は、指示書に記載されている作成指示があった日を入力ください。

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



装具の装具指示日(医師による装着指示日)を入力します。

装具等購入日(領収日)および金額 **必須**

領収書(領収証明書)に記載されている日付と金額
を入力ください。

年	令和8年(2026年)	▼
月	1月	▼
日	20日	▼

半角数字7桁以内で入力ください。

装具等購入金額	
25,000	円

用意していた領収書に記載されている装具等購入日と金額を入力しま
す。

装具等装着確認日(証明日)

医師の証明書に記載されている「装具を装着した日」を入力ください。
※「弾性着衣」及び「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は、入力する必要はありません。

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



用意していた証明書に記載されている装具を装着した日を確認し、入力します。

診療の内容

治療用装具の装着

療養費申請の理由

治療用装具を作製したため

診療の内容と申請理由は入力不要です。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

> 2-3-1 ②書類をアップロードする [へ](#)

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(治療用装具)_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026年1月20日10時30分22秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(治療用装具)_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する [へ](#)