

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。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	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。		
	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)		
	住所	都 道	府 県	

振込先指定口座	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	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)										
添付書類	領収書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	購入金額		円							
	医師 証明書等	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	装着 指示日	令和		年		月		日	写真 (靴型装具)	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付								
申請内容	装具種類	<input type="checkbox"/> 1. コルセット等 2. 眼鏡等(弱視) 3. 眼鏡等(弱視以外) 4. 弾性着衣 5. 靴型装具	弱視用 眼鏡	<input type="checkbox"/> 1. 掛け眼鏡式 2. 掛け眼鏡式(高倍率) 3. 焦点調整式								
	弾性着衣 種類	<input type="checkbox"/> 1. ストッキング(両足) 2. ストッキング(片足) 3. スリーブ 4. グローブ 5. 包帯(上肢) 6. 包帯(下肢)	弾性着衣 対象病名	<input type="checkbox"/> 1. リンパ浮腫治療 2. 難治性潰瘍治療	弾性着衣 購入枚数	<input type="checkbox"/>						
	6 6 1 1 1 2 0 1	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数								

受付日付印

(2024.6)

被保険者氏名

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)

[Grid for name input]

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  
 3. 令和

② 傷病名

③ 発病または負傷年月日

1. 平成 年 月 日  
 2. 令和

④-1 傷病の原因

1. 仕事以外(業務外)での傷病  
 2. 仕事(業務上)での傷病  
 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ

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. 請求中  
 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。

1. はい  
 2. いいえ

「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

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 年 月 日

⑧ 装具等購入日(領収日)および金額

令和 年 月 日 円(右づめ)

⑨ 装具等装着確認日(証明日)

令和 年 月 日

⑩ 診療の内容

治療用装具の装着

⑪ 療養費申請の理由

5. 治療用装具を作製したため

申請内容

「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