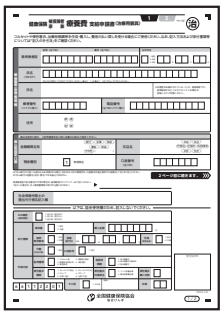
全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）記入の手引き

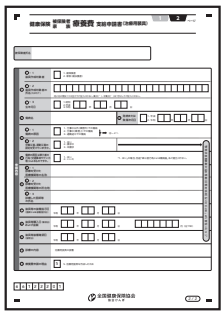
コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。

申請書は２ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類（※１）をご用意ください。（コピーと指定していないものは原本が必要です。）

■ 治療用装具を購入、装着したとき	●領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名（押印でも可）・オーダーメイドまたは既製品の別（既製品の場合は製品名・メーカー名）が記載された領収書 ●医師が記入・証明した「意見および装具装着証明書」（※３） ●靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真
■ 弾性着衣等を購入したとき	●領収書 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ●医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」（※３）
■ 小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき	●領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ●医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ●「眼鏡等作成指示書」に視力等の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
■ スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき	●領収書 コンタクトレンズ等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ●医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ●「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

■ 請求する傷病の原因が仕事中（業務上）または通勤途中によるものであって、労働（通勤）災害の給付を請求中の場合	●労働基準監督署への照会に関する同意書（※２）（※３）
■ 傷病の原因が第三者の行為（交通事故やけんか等）によるものである場合	●第三者行為による傷病届（※３）
■ 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※１）給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。
※２）労働災害について、労災保険の給付の決定に時間を要するため、先に健康保険の給付決定をした場合、労災保険の給付決定後、支給された当該健康保険の給付については、返納していただくことになります。
※３）協会けんぽのホームページから印刷できます。（印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。）

次ページに記入例があります。

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。（窓口でも受付けます。）
＊所在地・電話番号などは、協会けんぽのホームページをご覧ください。

協会けんぽ 検索

（2023. 3）

記入例　療養費 支給申請書（治療用装具）

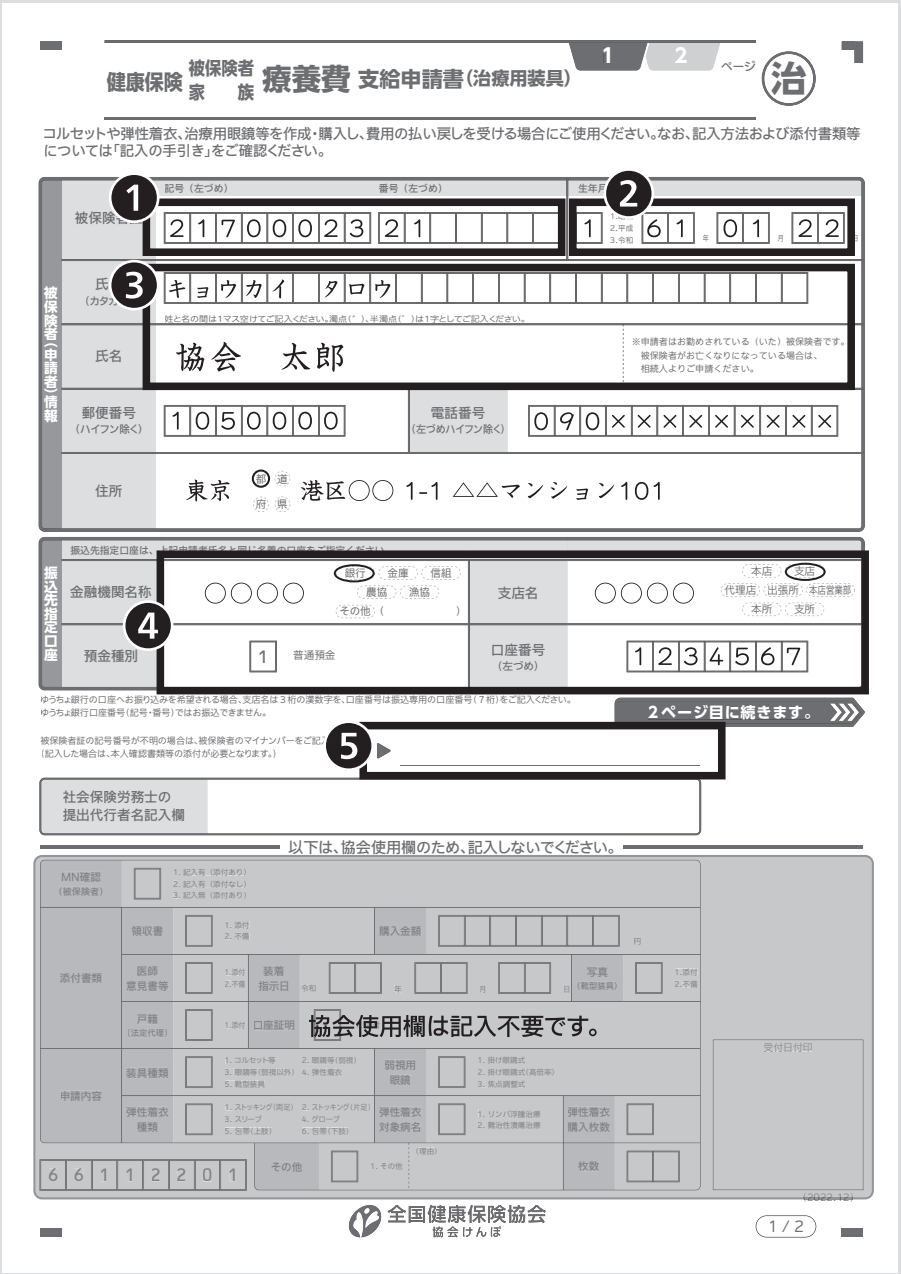
・申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ
・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを０で埋めてください。
・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 家族（被扶養者）が治療用装具等を作成・購入した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。
被保険者の氏名（カタカナ）もご記入ください。
なお、被保険者の氏名（カタカナ）は、振込手続き時に使用します。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名と氏名（カタカナ）をご記入ください。
（住所も同様です。）


健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具） 1 2 ページ 治

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
1 被保険者証 記号（左づめ） 2170002 番号（左づめ） 321
2 生年月日 1 61 年 01 月 22 日
3 氏名（カタカナ） キョウカイ タロウ
氏名 協会 太郎
※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。被保険者がおこ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） 1050000
電話番号（左づめハイフン除く） 090××××××××××
住所 東京 都 道 府 県 港区○○ 1-1 △△マンション101

振込先指定口座
金融機関名称 ○○○○ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）
支店名 ○○○○ 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
4 預金種別 1 普通預金
口座番号（左づめ） 1234567

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。）
5 ▶

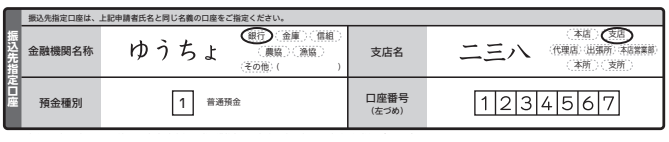
社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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） 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 1. 添付 2. 不備 購入金額 円
医師意見書等 1. 添付 2. 不備 装着指示日 令和 年 月 日 写真（靴型装具） 1. 添付 2. 不備
戸籍（法定代理） 1. 添付 口座証明
協会使用欄は記入不要です。
申請内容 装具種類 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 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 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 1. リンパ浮腫治療 2. 難治性潰瘍治療
弾性着衣購入枚数 枚数
その他 1. その他（理由）
受付日付印
6 6 1 1 2 2 0 1
（2022.12）
全国健康保険協会 協会けんぽ
1/2

4 被保険者（申請者）名義の口座情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字３文字）・口座番号をご記入ください。


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 ゆうちょ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）
支店名 二三八 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別 1 普通預金
口座番号（左づめ） 1234567

5 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。
なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です（※１）。本人確認書類貼付台紙（※２）に、㋐㋑の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

㋐　身元確認を行うための書類（いずれか１点）
・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

㋑　番号確認を行うための書類（いずれか１点）
・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

（※１）　行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
（※２）　協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

6

装具作成対象者ごとに申請書を作成してください。

7

発症または負傷年月日が不明の場合は、以下の例を参照してご記入ください。

例）令和４年４月頃に発症または負傷した場合

③ 発病または負傷年月日	2 1. 平成 2. 令和	04 年	04 月	00 日

令和４年頃に発症または負傷した場合

③ 発病または負傷年月日	2 1. 平成 2. 令和	04 年	00 月	00 日

仕事中（通勤途中）の病気や負傷（ケガ）の場合

■労災保険からの給付が原則

仕事中（通勤途中）の病気やケガについては、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。

■健康保険からの給付が行われる場合

労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。

ただし、装具作成対象者が法人の役員の場合については、健康保険の給付対象とならない場合がありますので、都道府県支部にご相談ください。

健康保険 被保険者 家族 **療養費** 支給申請書（治療用装具） 1 2 ページ

被保険者氏名　協会　太郎

申請内容

①－1 装具作成対象者	1	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
①－2 装具作成対象者氏名（カタカナ） **6**	キョウカイ　タロウ	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	1.昭和 2.平成 3.令和　61 年 01 月 22 日
② 傷病名	右膝関節靭帯損傷	③ 発病または負傷年月日 **7**　2 1. 平成 2. 令和　04 年 07 月 11 日
④－1 傷病の原因	1	1. 仕事中以外（業務外）での傷病 2. 仕事中（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、通勤認定を受けてい。 **8**		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。	2	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	○○総合病院	
⑥－2 診療を受けた医療機関等の所在地	東京都○○区○○	
⑥－3 診療した医師等の氏名	○○　○○	
⑦ 装具等の装着（医師による装着） **9**	令和 04 年 07 月 12 日	
⑧ 装具等購入日および金額 **10**	令和 04 年 07 月 12 日　25000 円（右づめ）	
⑨ 装具等装着確（証明日） **11**	令和 04 年 07 月 12 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	5. 治療用装具を作成したため

『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 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

8

仕事中（業務上）、通勤途中の原因による病気やケガについては、原則労災保険給付の対象となります。

- 労災保険給付を「3. 未請求」の場合は、労災保険給付にご請求ください。
- 労災保険給付に該当するかどうかわからない場合は、労働基準監督署にご相談ください。
- 法人の役員であって、「■健康保険からの給付が行われる場合」に該当する場合は、「負傷原因届」を添付してください。
- 労災保険給付の請求と並行して療養費を請求する場合は「労働基準監督署への照会に関する同意書」を添付してください。
- 労災保険給付の支給が決定した後、給付内容が重複した場合は、健康保険により給付した全額をご返納いただきます。

9

治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。

（例）

- 弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」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：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

10

領収書（領収明細書）に記載されている日付と金額をご記入ください。

11

治療用装具を装着した日をご記入ください。

（例）

「意見および装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日

※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は、ご記入の必要はありません。

次ページに療養費の支給要件等について案内があります。

療養費（治療用装具）の支給要件等

支給対象となる治療用装具等

治療用装具等が療養費の支給対象となるのは、次の場合などです。

1 医師の指示により、コルセット、関節固定器、弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着した場合（治療用装具代を全額負担したとき）

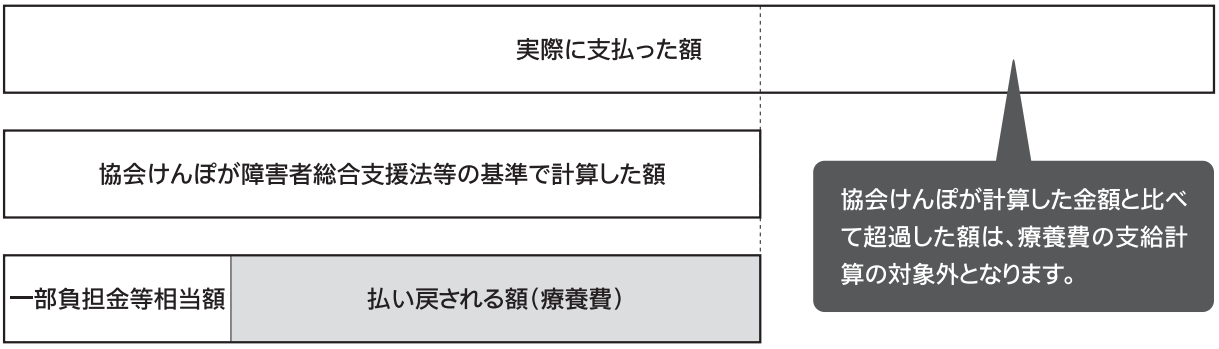
2 9歳未満の小児が、小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合（眼鏡代等を全額負担したとき）

☞治療用装具等を再作成する場合は、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合があります。

支給額

申請書に添付された領収書等により、協会けんぽが障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額（実際に支払った額の方が低いときはその額）から、加入者が負担すべき額を差し引いた額を療養費として支給します。

実際に支払った額が、協会けんぽが障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額を超えている場合は、協会けんぽが計算した額の範囲で療養費が支給されます。



申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日（消滅時効の起算日）から2年で時効になります。

療養費（治療用装具）の消滅時効の起算日は、治療用装具等の購入費用を支払った日の翌日です。