

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	記号・番号	<div>記号 (左づめ)</div> <div>番号 (左づめ)</div>																生年月日			
	個人番号 (マイナンバー)	<div>記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)</div>																			
	氏名 (カタカナ)	<div>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。</div>																			
	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)	<div>都 道 府 県</div>						電話番号 (左づめハイフン除く)													
	住所	<div>都 道 府 県</div>																			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、 以下の振込先情報のご記入は <b>不要</b> です。																		
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。																				
	金融機関名称	<div>銀行 金庫 信組 農協 漁協</div>										支店名	<div>本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所</div>								
預金種別	<div>1 普通預金</div>										口座番号 (左づめ)	<div></div>									

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。 >>>

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) <input type="checkbox"/> 2. 記入有 (添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無 (添付あり)																	
添付書類	領収書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備				購入金額	<div></div> 円											
	医師 証明書等	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備				装着 指示日	令和 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日				写真 (靴型装具)	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 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	<div>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</div>								弱視用 眼鏡	<div>1. 掛け眼鏡式 2. 掛け眼鏡式(高倍率) 3. 焦点調整式</div>							
	弾性着衣 種類	<div>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)</div>								弾性着衣 対象病名	<div>1. リンパ浮腫治療 2. 難治性潰瘍治療</div>							
<div>6 6 1 1 1 2 0 3</div>										その他	<div>1. その他 (理由)</div>							

受付日付印



全国健康保険協会  
協会 けんぽ

1 / 2

(2026.1)

申請内容

2 / 2