

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



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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	記号・番号		1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/>
	個人番号 (マイナンバー)		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。)
	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)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
住所	都道府県		
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不要です。	
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。			
振込先指定口座	金融機関名称	支店名	本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

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) 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 <input type="checkbox"/> 2.不備	購入金額	<input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<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	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"/>
その他			<input type="checkbox"/> 1.その他	(理由)	枚数	<input type="text"/> <input type="text"/>
6 6 1 1 1 2 0 3						受付日付印



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)

1 / 2

被保險者氏名

①-1 装具作製対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
①-2 ① 装具作製対象者の 氏名(カタカナ)	<input type="text"/> 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 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 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 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。	<input type="checkbox"/> 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 ⑥ 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 <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	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円(右づめ)
⑨ 装具等装着確認日 (証明日)	令和 <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	5. 治療用装具を作製したため

『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	1	2	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---