

療養費支給申請書（治療用装具）の記入の注意点

申請者は本人（被保険者）となります。記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご申請ください。

1ページ目：本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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。

記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 0 1 0 1 0 1 1	1 40 10 0 1
氏名（カタカナ）	キョウカイ タロウ	
氏名	協会 太郎	
郵便番号（ハイフン除く）	電話番号（左づめハイフン除く）	
9 8 1 0 0 0 0	0 2 2 x x x x x x x	
住所	宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1	

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	支店名	八一八
預金種別	1 普通預金	口座番号（左づめ）	2 3 4 5 6 7 8

ゆうちょ銀行の口座へお振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。

※（枝番）の記載は不要です

資格情報のお知らせ

記号	1010101	番号	1	枝番	00
氏名	キョウカイ タロウ				
氏名	協会 太郎				
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日				
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日				
保険者番号	01010016				
保険者名称	全国健康保険協会 北海道支部				

記号番号・氏名（カタカナ）は資格情報のお知らせ等に記載の記号番号・氏名を正確にご記入ください

※対象者がご家族（被扶養者）であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人（被保険者）の氏名**を記入してください。

氏名（カタカナ）は、口座名義名として使用されます。
※資格情報のお知らせに記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「**口座名義名が異なります**」と記入



- ②申請書に下記書類を添付
- ・同一人物と確認できる書類（運転免許証など）
 - ・預金通帳の写し（支店名・口座番号・口座名義記載ページ）

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」
事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者（申請者）様の口座情報をご記入ください。

【社会保険労務士様へ】
申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】
記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要です。**
※本人確認書類等も不要です。

振込先指定口座は漏れなく記入ください。
※**ゆうちょ銀行**をご指定の場合、**支店名と口座番号**に注意ください
詳しくはこちら→



【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】
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、被保険者情報の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。（住所・振込口座も同様です。）
※ 生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。
※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「**戸籍謄本**」等の添付が必要となります。
★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります

<図で解説>



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

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)

①-3 生年月日 年 月 日

② 傷病名 ③ 発病または負傷年月日 年 月 日

④-1 傷病の原因 ☐ 1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 仕事上(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

ご本人(被保険者)の氏名を記入してください。

受診者が、ご本人(被保険者)か、ご家族(被扶養者)かについて番号をご記入ください。

対象者の氏名と生年月日をご記入ください。

発病または負傷年月日が不明な場合は、「不明」とご記入ください。

仕事や通勤中の傷病でも、労働基準監督署にご相談の結果、**労災や通災に該当しない場合、④-1は「1」とご記入ください。**(お仕事に就いていない被扶養者様の場合も同様です。)

⑥～⑨は領収書や医師からの装着指示書等を確認してご記入ください。わからない項目がある場合は、わかる範囲でご記入ください。

(例) 病院の所在地がわからない→市区町村までご記入ください。

添付書類の注意点

《小児弱視等の治療用眼鏡を購入した時》

《治療用装具を購入・装着した時》

①医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー
※視力等の検査結果も必要になります。
「眼鏡等作成指示書」に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も必要です。**

①領収書(原本)
※装具の名称・及び費用額を確認するため内訳も必要です。領収書に内訳書等がある場合は、**領収書と内訳書等を併せて提出してください。**

②領収書(原本)
※領収書の氏名は対象者(お子様の名前)となります。
※**但し書きに「治療用眼鏡代のため」との記載が必要です。**

②医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」(原本)
※弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」

審査終了後は、ご提出いただいた書類(添付書類含む)の返却はできません。
お手元にコピーを残してからご申請ください。