



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。

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
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 × × × × × × ×	
住所	宮城 市 仙台市 ○○区 ○○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	銀行	支店	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(17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。

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。)

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。

※（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	校番	00
氏名	キョウイ ケウ 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。

お振込先は原則、
「被保険者ご本人のみ」

事業主や家族の口座への振込みはできません。被保険者(申請者)の口座情報をご記入ください。

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の対応が必須です。

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

[illegible]

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)

【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
ご注意ください。



【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「記号・番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。

※ 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>



【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。

健康保険被保険者家族療養費支給申請書(治療用器具)		1	2	ご本人
被保険者氏名				
①-1 装具作製対象者	☐ 被保険者 ☐ 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	昭和 平成 令和 年 月 日			
② 傷病名	発病または負傷年月日 平成 令和 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 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	はい いいえ 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。	はい いいえ			
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。

受診者の氏名と生年月日を記入ください。

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。

仕事中や通勤中での傷病でも、
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。