

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。

被保険者証 記号 (左: 4桁) 番号 (左: 4桁) 生年月日	217000231	2	01	05	10
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)	9810000	電話番号 (左: 4桁ハイフン除く)	022XXXXXX		
住所	山梨 県 甲府市 〇〇町 1-1				

振込先指定口座は、上記申請書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 金融 信託	支店名	八一八
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左: 7桁)	2345678

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)ではお振込みできません。

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。)

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)

弾性着衣 購入枚数 ☐ 枚数 ☐

※ (枝番) の記載は不要です

健康保険 被保険者証 21700023 1

氏名 協会 太郎

記号番号・氏名 (カタカナ) は保険証に記載の記号番号・氏名を正確に記入してください。

※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。

※保険証に記載された氏名と口座名義が違つ場合、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。

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】

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



療養費の支給まで、申請から1か月程度かかります。ご了承ください。
(書類に不備があった場合は、1か月以上かかります。)

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

①-2 装具作製対象者の氏名(カタカナ)

①-3 生年月日

② 傷病名

③ 発病または負傷年月日

④-1 傷病の原因

④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。

⑤ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケガ等)によるものですか。

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

⑧ 装具等購入日(領収日)および金額

⑨ 装具等装着確認日

⑩ 診療の内容

⑪ 療養費申請の理由

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は「1」とご記入**ください。

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》

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。**

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。**

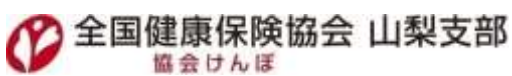
《治療用装具を購入・装着した時》

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」

給付金の支給決定後は、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。

照会先



〒400-8559
甲府市丸の内3-32-12
甲府ニッセイスカイビル4階
TEL : 055-220-7750 (代表)