

1枚目
(2枚1組)

健康保険 被保険者
家族

療養費支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

治療用装具を購入、装着した時	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 (装具の名称、種類及び内訳別の費用額、義肢装具士の氏名、オーダーメイドまたは既製品別 (既製品の場合は製品名・メーカー名) が記載されたもの) ・医師の「治療用装具製作指示装着証明書」 ・靴型装具の申請の場合、当該装具の写真 (患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
9歳未満の治療用眼鏡や コンタクトレンズを購入した時	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 (レシート不可、対象者名・治療用眼鏡等の記載があるもの) ・眼科医の治療用眼鏡等の「作成指示書」及び「検査結果」
弾性着衣等を購入した時	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 (弾性着衣等の名称、種類及び単価・購入枚数が記載されたもの) ・医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」

※日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。

長期にわたり使用する装具は、健康保険の支給対象とならないことがあります。(障がい者の方は、障害者総合支援法による装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等にご確認ください。

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	従業員番号				メール アドレス	
	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒	—)		
	電話番号 (日中の連絡先)					

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入。)

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

振 込 先 指 定 口 座 (※)	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 信組 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人
---------	--

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 署名 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 —) 電話 () 住所 _____ (フリガナ) _____ 氏名 _____ 委任者と代理人との関係 _____

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目
(2枚1組)

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書 (治療用装具)

必ず2枚1組で提出してください

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名	
--------	--

申請内容	1. 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族 (被扶養者)		
	1-① 家族の場合その方の氏名	(フリガナ) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 平成 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 令和 _____年 _____月 _____日
	2. 傷病名	_____	3. 発病または負傷年月日	_____年 _____月 _____日
	4. 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) _____ <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
	5. 診療を受けた医療機関等の (※)	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6. 診療を受けた期間	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	日数	_____日
	6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	日数	_____日
	7. 装具等の装着について指示を受けた日	_____年 _____月 _____日		
	8. 装具装着日	_____年 _____月 _____日		
	9. 療養に要した費用の額	_____円		
10. 診療の内容	_____			