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

記入例

【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	・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	・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	・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　　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

資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号	記号 123　番号 456	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	123456	メール アドレス	○○○○@×××.co.jp
氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和
住所	(〒 123 ― 4567) 東京都○○区□□1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

事業所経由で提出する場合、チェックを入れてください。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方はチェックを入れてください。

振込先指定口座（※）

☐ 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。

金融機関名称	○○	☑ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ その他 ☐ 信組 ( )	△△ ☐ 本店 ☑ 支店 ☐ 出張所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7
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。 ケ ン ホ ゜ 　 タ ロ ウ	口座名義 の区分	☑ 1.申請者 ☐ 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。　年　月　日 署名	
代理人 (口座名義人)	(〒　―　) 住所 (フリガナ) 氏名	険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係

口座名義が申請者本人であれば記入不要

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	健保　太郎

被保険者の氏名をご記入ください。

申請内容

1.受診者		☐ 1.被保険者 ☑ 2.家族（被扶養者）			
1-① 家族の場合その方の	氏名	（フリガナ）ケンポ　イチロウ 健保　一郎	生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 20 年 7 月 1 日 ☐ 令和	
2.傷病名	医師から診断された傷病名をご記入ください。	左アキレス腱断裂	3.発病または負傷年月日	2026 年 3 月 1 日	
4.発病の原因および経過（詳しく）		☐ 1.病気 ☑ 2.ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください	（原因および経過） サッカーの部活中に単独で転倒し、負傷		

受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。

発症に至る原因をできるだけ詳しくご記入ください。

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
	○○病院	○○区□□1-2-3	○○　○○

6.診療を受けた期間	2026 年 3 月 15 日 から 2026 年 5 月 1 日 まで	日数	7 日
6-　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

今回の申請に対して診療を受けた期間をご記入ください。

7.装具等の装着について指示を受けた日	2026 年 5 月 1 日	医師から装着の指示を受けた日をご記入ください。
8.装具装着日	2026 年 5 月 20 日	装具を装着した日をご記入ください。
9.療養に要した費用の額	20,000 円	
10.診療の内容	レントゲンを撮り、診察を受けた。装具の装着で治療継続。 病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。	