

支給額	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年	月	日
							喪失	年	月	日	
支給内訳	法定						合計	請求			査定
	付加							一部負担			

1

2

健康保険 被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

被保険者
家族

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和			<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	—)	都	道	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本店 支店
		農協 漁協	出張所
		その他 ()	本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
ゆうちょ 記号-番号	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

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。	令和	年	月	日
		氏名・印	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)	住所	(〒	—)	TEL
	氏名・印	委任者と 代理人との 関係				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

(R3.4)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 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

(令和) 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

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

8 装具装着日

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

記入例 1/2

提出先:健康保険組合

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

必要添付書類

領収書原本(フルネームが入っているもの)

医師の装具作成指示書(証明書・内訳書・検査数値等を含む)

※靴型装具作成の場合は写真が必要(専用台紙に貼付して提出)

健康保険被保険者(申請者)記入欄

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	6	0	0
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保花子				
	住所	(〒 ●●● - ●●●●)	都道府県	市	△△	●●	●●
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ●● (●●●●) ●●●●						

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ			本店	支店
	預金種別	1. 普通	3. 別段	左づめでご記入ください。		
	ゆうちょ 記号-番号	●●●●●●	-	●●●●●●●●●●		
	口座名義	ケンポ。ハナコ			口座名義 の区分	1. 申請者

「2」の場合は必ず記入ください。

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。		令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	委任者と 代理人との 関係					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

被保険者氏名 **健保 花子**

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健保 太郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 6 月 26 日	
	2 傷病名	側弯症	3 発病または負傷年月日 平成 28 年 6 月 26 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<p>1. 病気 (原因および経過)</p> <p>生まれつきで、生後から定期的に通院をしている。今回医師より治療として装具作成の指示があり、足の装具を作成してもらった。</p> <p>2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください</p>		
	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	■■県■■市●-●●-●●	保健 太一
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 280726 から (平成) 年 月 日 280803 まで	日数 2 日	
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日 から (平成) 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	(平成) 年 月 日 280726	8 装具装着日	(平成) 年 月 日 280802
	9 療養に要した費用の額	●●●● 円		
	10 診療の内容	診察、装具作成の証明		
11 療養費の支給申請の理由	5 5. 治療用装具を作成したため			

「2. ケガ」の場合は別途用紙の記入が必要です。健康保険組合にご連絡ください。