

健康保険  被保険者  被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (枝番記入不要)				
	氏名 (フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	住所 (〒 - )			<input type="checkbox"/> 平成	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			<input type="checkbox"/> 令和	
※ 給付決定後、自治体等の医療費助成手続きに 添付書類の「 <b>原本証明</b> 」をご希望の場合は、右記項目に☑をお願いします。			<input type="checkbox"/> 領収書の原本証明を希望する。 <input type="checkbox"/> 医師の証明書等の原本証明を希望する。		

**【注意】** 振込指定口座は、被保険者・ご本人の口座に限ります。  
被保険者様以外の口座を指定することは出来ませんので、ご注意願います。

振込先指定口座(被保険者名義)	<input type="checkbox"/> 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。) ⑧マイナポータル等で公金受取口座の事前登録をされていない方は下記へ口座をご記入下さい。(口座情報反映には登録から数日を要します)				
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )		本店	支店
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	※ ゆうちょ銀行を指定するの場合、通帳に記載の他金融機関振込用の口座番号7桁を記入	
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。				

- <添付書類>
- ◎領収書(原本)
    - ⑧1. 装具又は弾性着衣 → 装具(弾性着衣)費用の内訳について記載が無い場合は、別途内訳書を提出願います。
    - ⑧2. 小児治療用眼鏡等 → 対象者氏名、及び小児治療用眼鏡等の費用であることが明記されているもの。
  - ◎保険医の証明書(意見書又は診断書等)原本
    - ⑧ 装具以外の場合 \* 小児治療用眼鏡等 → 「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」原本
    - \* 弾性着衣 → 「弾性着衣等装着指示書」原本
  - 装具作製確認書(当健保様式有) ⑧ 小児治療用眼鏡等、及び弾性着衣については不要
  - 作製した装具の画像(専用貼付台紙有) ⑧ 小児治療用眼鏡等、及び弾性着衣については不要
  - 負傷原因届(おケガによる装具作製の場合のみ)
  - 同意書(当健保書式有) ⑧ 小児治療用眼鏡等、及び弾性着衣のみ必要
- ※◎→提出必須 ○→装具の種類による(⑧参照)

●注意●

- ・療養費はあらかじめ必ず支給することが確約、保証されているものではありません。審査の結果不支給となることもあります。
- ・医療機関や装具業者からの説明が不適切な場合もあります。
- ※医療機関や装具業者から「装具は必ず保険がきくので、あとで払い戻しが受けられます」等と説明を受けた場合は、医療機関や装具業者の健康保険における療養費への誤解等の可能性がありますのでご注意下さい。
- ※審査にはお時間がかかる場合がございます。(装着月より3~4ヶ月程度)
- 適切な療養費支給のためご協力をお願いいたします。

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

# 健康保険 療養費支給申請書 (治療用装具)

被保険者  
 被扶養者

【健保職員使用欄】 療養費(装具等)給付履歴  あり  なし  
 前回作製年月日 年 月 日 経過年月 年 月 日  
 作製装具 / 作製時年齢 歳  
 対象病名

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 本人(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

続柄

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

(受診することになった経緯や症状等)

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

診療した医師等の氏名

所在地

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

【健保使用】: しぜ: 受診日確認:

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

【健保使用】: しぜ: 受診日確認:

9 療養に要した費用の額

円

【健保使用】対象医療費 円 決定額 円 割

※治療用眼鏡・弾性着衣 限度額 円

10 診療の内容

診察  
 検査  
 その他

薬の処方・受け取り  
内容→  
内容→

手術(手術日 月 日)

※診療明細のコピーを添付でも可。

③ 記入誤り、記入漏れなどがある場合、書類の返却させていただく場合がございます。  
記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄