

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

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

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 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 <input type="text"/> 右づめでご記入ください。
	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(°)は1字としてご記入ください。)	
<input type="text"/>			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

申請事由	添付書類
保険医の指示により、治療用装具を購入、装着したとき	領収書、明細書、保険医の意見書 ※靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着していることが確認できるもの)
9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき	領収書、明細書、保険医の作成指示書等

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
 家 族

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①受診した者の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)		
	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	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	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 装具等の購入金額	_____ 円		
10 診療の内容				

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
 家 族

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	3	5	5	34 歳
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	タロウ					
		健保 太郎							
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△		都道府県	△△市△△番△△号				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111			△△△マンション601					

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	金融機関 名称	○○○	銀行 (○) 金庫 信組 (○) 農協 漁協 (○) その他 ()	本店 (○) 支店 (○) 出張所 (○) 本所 支所 (○)	×××
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456	右づめでご記入ください。
	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(゜)は1字としてご記入ください。)			
		ケンポ°	タロウ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

申請事由	添付書類
保険医の指示により、治療用装具を購入、装着したとき	領収書、明細書、保険医の意見書 ※靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着していることが確認できるもの)
9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき	領収書、明細書、保険医の作成指示書等

受付日付印

申請事由を参考に
必要書類を添付してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①受診した者の	氏名 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 5 月 5 日
	2 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	3 発病または 負傷年月日	令和 7 年 6 月 10 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) しばらく腰の激痛が続き、病院で検査をして判明した。 2. ケガ (原因および経過)		
	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
		××整形外科	東京都〇〇区	黒猫 花子
	6 診療を受けた期間	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) 7 年 8 月 10 日 から 7 年 8 月 31 日	日数	3 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	日数	日
7 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 7 年 8 月 20 日	8 装具装着日	令和 7 年 8 月 31 日	
9 装具等の購入金額	40,982 円			
10 診療の内容	診察、レントゲン、薬の処方			

