

# 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(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"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-	)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。							

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 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・事業主記入用」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)

1

2

被保険者 (申請者) ・ 事業主記入用

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				

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	電話 ( )

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(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」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。			
	金融機関名称	○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他( )	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・事業主記入用」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) ・ 事業主記入用

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 <b>健保 太郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <b>3</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日
	2 傷病名	<b>腰椎椎間板ヘルニア</b>	3 発病または 負傷年月日	令和 <b>7</b> 年 <b>6</b> 月 <b>10</b> 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) <b>しばらく腰の激痛が続き、病院で検査をして判明した。</b> 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
		<b>××整形外科</b>	<b>東京都〇〇区</b>	<b>黒猫 花子</b>
	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)	<b>7</b> 年 <b>8</b> 月 <b>10</b> 日 から <b>7</b> 年 <b>8</b> 月 <b>31</b> 日	日数 <b>3</b> 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 <b>7</b> 年 <b>8</b> 月 <b>20</b> 日	8 装具装着日	令和 <b>7</b> 年 <b>8</b> 月 <b>31</b> 日	
9 装具等の購入金額	<b>40,982</b> 円			
10 診療の内容	<b>診察、レントゲン、薬の処方</b>			

事業主記入欄

事業主記入欄  
※被保険者は記入しないでください。

社会保  
提出代