

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

医師の指示により、治療用装具 (コルセット、弾性着衣、9歳未満の小児の治療用眼鏡やコンタクトレンズなど) を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	8 1 1 2 3 4	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1 0 0 8 1 1		
	住所	(〒 123 - 5678)	山口 都道 府県 山口市〇〇1-2-3 △△マンション456				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1234) 5678					

確認欄	確認	☒ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	--	--

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	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	1 2 3 4 5 6 7	左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。)			
	口座名義	ケンポ タロウ	口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人	

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

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	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)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と 代理人との 関係

※ご注意ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

家族 (被扶養者) の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、
被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(6.12)

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) 記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

左腕骨折

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 1 月 21 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

〇〇総合病院

所在地

山口県山口市△△1-1

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

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

0 6 0 1 2 1

から

年 月 日

0 6 0 1 2 9

まで

日数

9

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

0 6 0 1 2 1

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 6 0 1 2 3

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

左腕用装具の装着

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