

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具等)		1	2
被保険者(申請者)記入用			
被保険者・申請者情報	① 記号・番号 (記号・番号) 9 8 7 6 5 4 3 2 1	④	マイナンバー 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	② 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	年 月 日 0 0 0 0
	住所 (〒 110 - 0000) 東京 墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	性別	男 女 〇 〇
	③ 電話番号 (日中の番号) TEL 090 (1234) 〇〇〇〇	口座番号 (支店番号) 1 2 3 4 5 6 7	
口 本請求金額の受領を事業主へ委任します。(委任する場合は記) ※事業主へ委任する場合、下記口座番号の記入は不要です。			
金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 〇〇〇〇	支店 〇〇〇〇
預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ		
ゆうちょ	記号 1 〇 ※	口座番号	

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

療養費
保険証の証明書
義肢装具の申請書の場合は当該装具の写真（患者が実際に装着する状態であることが確認できるもの）
伸着衣等の購入に関する申請のときは、「伸着衣等 装着指示書」
※すべて原本

※請求書の小児が小児用視等の治療で眼鏡、コンタクトレンズを作成、購入したとき

療養費の原本
保険証の作成指示書等の写し

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行署名記載欄

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ② 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
(住所、振込先口座も同様です。)
- ③ 振込先を事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- ④ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具等)

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (続姓者)
5 ⑤ 1. ①家族の場合はその方の氏名	健保 花子
2 傷病名	両偏平足
3 発病または負傷年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
4 ⑥ 発病の理由および経過 (詳しく)	1. 病歴 不明 2. ケガ 負傷原因図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	〇〇整形外科医院
6 7 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から (令和) 年 月 日 まで 日数 1 日
8 ⑧ 7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日
9 装具装着日	(令和) 年 月 日
10 療養に要した費用の額	×,××× 円
11 診療の内容	治療用装具を装着したため

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ⑤ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- ⑥ 「ケガ」と答えた場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
- ⑦ 診療期間には、装具等の領収日をご記入ください。
- ⑧ 医師より装具等の装着が必要（指示）とされた日と装着日をご記入ください。（医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。）

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。