

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	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。				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住所	〒		—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()		
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。 支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所				
			氏名	被保険者との関係()			

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	領収証の原本返却を必要としますか ※2	はい・いいえ							
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()					
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日					
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因											
		経過											
	診療を受けた病院等	名称											
		所在地			診療した医師の氏名								
	診療期間(支給期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	(日数	日)
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	(日数	日)
	装具等の装着について 指示を受けた日	令和	年	月	日								
装具装着日	令和	年	月	日									
療養に要した費用		円	診療の内容										

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

※2 ただし、医療費控除や市区町村等へ助成を受けるなど、公的機関への原本提出が必要な場合に限りです。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		治療用装具	
被保険者情報	1 被保険者等 記号・番号	記号 番号 1 2 3 4 5 6 7 8	
	2 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
	住所	〒 110 - 0000 東京都 〇〇区〇〇〇 X - X - X □□マンション×××号	
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)	
振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信組 農協・その他)	
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	
委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者) 氏名 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()	
申請内容	5 受診者 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者) 第三者行為によるものですか 5 はい・いいえ	
	6 家族の場合はその方の	氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ()	
	傷病名	扁平足 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 X 年 X 月 X 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因 不明 経過 良好	
	7 治療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都〇〇区△△ X - X 診察した医師の氏名 〇〇 〇〇〇	
	診療期間 (支給期間)	令和 X 年 5 月 10 日から 令和 X 年 5 月 23 日まで (日数 2 日)	
	装具等の装着について指示を受けた日	令和 X 年 5 月 10 日	
装具装着日	令和 X 年 5 月 23 日		
療養に要した費用	XX,XXX 円 診療の内容 装具有無についての検査		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
※2 ただし、医療費控除や市区町村等へ助成を受けるなど、公的機関への原本提出が必要な場合に限りです。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

東京都二ツト 健康保険組合

(R06.12)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。
- 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 給付振込口座をご記入ください。ゆうちょ銀行を希望の場合、支店名が数字3桁、口座番号が数字7桁でご記入ください。
- 4 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 6 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。
- 7 診療期間には、医師より装具等の装着が必要（指示）とされた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。）

添付書類

装具の種類	添付書類1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2（共通）	添付書類3
治療用装具	装具作製（装着）指示書 又は意見書、証明書等	領収書の原本 患者名、装具の名称、 種類、内訳別の費用額 が記載されているもの	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書		—
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書		—

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

弾性着衣等 装着指示書

患者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
住所			
診断名			
手術年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
患肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師の氏名

※記入上の注意

- 各欄に記入または該当項目に○を付けてください。
- 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」と記入してください。
- 「患肢」および「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記入してください。
- 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記入してください。
- 「着圧指示」が3mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記入してください。