

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者証	記号	番号
	氏名・印	(フリガナ)	生年月日 昭・平 年 月 日 令
	住所	〒	都・道 府・県
	事業所名称	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依頼します。 (事業主経由(依頼)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)	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。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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)			
	療養に要した費用	円	診療の内容			
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/>	1. 入社してまもなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急ややむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 5. その他()				

※ 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

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

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
 家族 立替払・治療用装具

1 被保険者証 記号 1234 番号 5678
 2 被保険者情報
 氏名・印 (フリガナ) ケンボ タロウ 生年月日 昭・平 ××年××月××日
 健保 太郎 令
 住所 〒110-0000 東京 〇〇区〇〇〇 X-X-X
 □□マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××)××××
 事業所名称 (株)□□□□ 提出委任 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)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。

3 振込先
 金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行・金庫・信託 支店・その他) 預金種別 普通・当座・その他()
 △△△ (支店・出張所 本店・出張所) 口座番号 1234567
 口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ 口座名義区分 (被保険者(申請者)・代理人)

4 委任状
 氏名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。
 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
 氏名
 代理人(口座名義人) 住所
 氏名 被保険者との関係()

5 申請内容
 受診者(どちらかに) 被保険者 家族(被扶養者) 第三者行為によるものですか はい いいえ 領収書の原本返却を必要としますか ※2 はい いいえ
 6 傷病名 両扁平足 氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄()
 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 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 3 年 5 月 10 日
 経過 良好
 7 診療を受けた病院等 名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都〇〇区△△ X-X 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇〇
 8 療養期間(支給期間) 令和 3 年 5 月 10 日から 令和 3 年 5 月 10 日まで (日数 1 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)
 療養に要した費用 ××, ××× 円 診療の内容 装具の装着
 療養の給付を受けることができなかった理由 4 1. 入社してまもなく、被保険者証が届いていなかったため
 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため
 4. 治療用装具を作成したため
 5. その他()

※ 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ます。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8 提出委任者情報
 提出代行者名記載欄

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 1 被保険者証の記号及び番号は、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 給付振込口座をご記入ください。ゆうちょ銀行も指定可能ですが、支店名が数字3桁、口座番号が数字7桁になりますので、記入誤りにご注意ください。
- 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。)
- 8 ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

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。

意見および装具装着証明書

患者氏名		生年月日 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生 歳
傷病名			入院外来の別 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

上記傷病の治療のため 令和 年 月 日に

の装着の必要を認め

令和 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

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

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。