

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (治療用装具)

年 月 日	支 給	年	月	日	支 給 額	¥		
事務長・次長		部長・代理		課長・代理		係長	係	決 裁

被 保 険 者 申 請 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<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☑)							

健 保 記 入 欄	法定給付		円
	付加給付		円
	合計		円
	作製歴	有・無	有の場合、前回作製した装具名と作製日 (装具名 / 作成日)

【申請に必要な書類】

- ①療養費支給申請書
- ②医師の意見書または装着証明書(小児弱視等の治療用眼鏡の場合は「眼鏡等作成指示書」)
- ③装具購入の領収書(原本)
- ④装具の写真(靴型装具)

注意事項1 領収書は金額と内訳があるものを添付してください。
2 装具の写真について、靴型装具以外にも必要に応じて添付をお願いする場合があります。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者家族 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

申請内容

1 受診者

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

3 発病または
負傷年月日

H・R 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(病気・ケガの原因および経過)

2. ケガ

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

6 診療を受けた期間

(H・R) 年 月 日
[][][][][][](H・R) 年 月 日
から [][][][][][]まで 日数 [][]

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間(H・R) 年 月 日
[][][][][][](H・R) 年 月 日
から [][][][][][]まで 日数 [][]

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日(H・R) 年 月 日
[][][][][][]

8 装具装着日

(H・R) 年 月 日
[][][][][][]

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

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