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

※申請は、受診者１人毎に１枚提出ください。

被保険者（申請者）情報

被保険者証	記号 □□ 番号 □□□□□□□ 右づめでご記入ください。ハイフン（—）または（枝番）の後にある２桁は記入しないでください	生年月日	年 月 日
氏名・印	（フリガナ） 印	家族が受診した場合、家族の名前	（続柄） （フリガナ）
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（在籍者は、委任するに☑してください）

退職後の申請の場合は、振込先指定口座を記入ください。 （ 年 月 日退職）

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	□□□□□□□ 右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。）	口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

在籍者は口座名義の区分を「２．代理人」とし、記入・押印ください。
代理人は「雇用関係」のある事業主とし、給付金は事業主経由で支給します。

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。 年 月 日 氏名・印 印 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人	（〒 ー ） TEL （ ） 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

（2021.10）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印	受付日付印

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	年　月　日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 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	所在地	診療した医師等の氏名
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	年　月　日 から　治療中 年　月　日 から　年　月　日 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	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	年　月　日	8 装具装着日	年　月　日
9 この申請に要した費用の額	円　※領収書の額を記入してください。		
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		

治療用装具「下肢・靴型装具」写真台紙

（申請者）	被保険者証 記号	番号 ハイフン（—）または（枝番）の後にある２桁は記入しないでください	被保険者氏名	受診者氏名
		右づめでご記入ください。		

療養費支給申請書の提出に際し、**写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付**ください。

・「下肢装具」　腰部から足先の部分に装着する装具

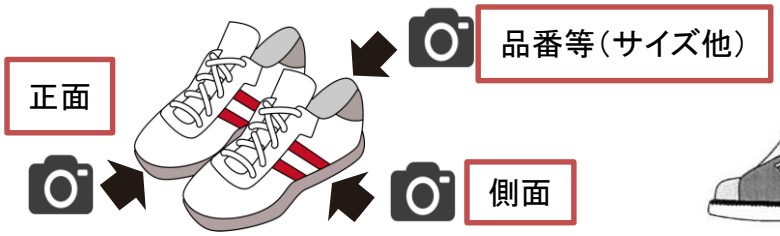
・「靴型装具」　足部を覆う装具

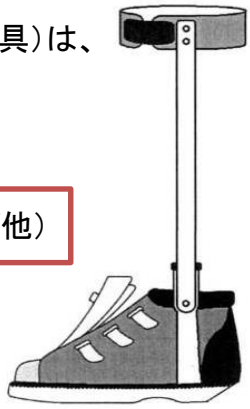
①治療用装具の**全体像が確認**できる

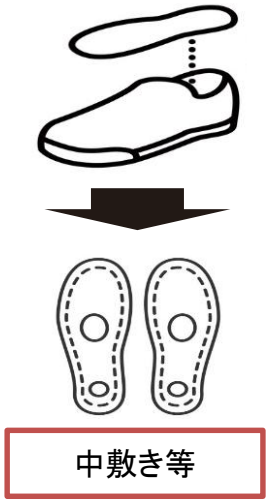
②**付属部品等も含めて購入したすべて**の治療用装具

③「靴型装具」の中敷き等（靴の中に挿入するタイプの装具）は、
装着した状態と靴から取り出した状態

④品番等（サイズ・メーカー名他）のわかる部分







※写真の撮影は、被保険者本人、家族、義肢装具士、事業者等いずれの方でも構いません。
　１枚の台紙に貼り切れないときは、裏面へ貼り付けてください。