

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書
(治療用装具)

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

▼支給決定 下記のとおり、支給してよろしいか。

20	療養費	記入不可
20	第二家族療養費	
73	一部負担還元金	
74	家族療養付加金	
53	高額療養費	
75	合算高額療養費	

支給 合計金額	記入不可
支給決定 年月日	
支給予定 年月日	

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	※注3 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入	
	氏 名	健康 太郎	被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5 5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日	申請年月日	令和 7 年 2 月 19 日
	住民票住所	〒 111 - 2222 Tel 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇〇 ン405号室		

療 養 を う け た 方	フリガナ	ケンコウ コジ	した理由	治療用装具等を作成したため		
	氏 名	健康 小次郎	発症または 負傷年月日	令和 7 年 1 月 26 日		
	性 別	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	二男	療養に至った 傷病名等	右膝十字靭帯損傷
	生年月日	7 5. 昭和 7. 平成 9. 令和	16 年 12 月 8 日	療養に要し た費用の額	56,789 円	
	装具の種類	1. コルセット等 2. 眼鏡等(弱視) 3. 眼鏡等(弱視以外) 4. 弾性着衣 5. 靴型装具(全方向の写真を添付のこと)				
	弱視用眼鏡	1. 掛眼鏡式 2. 掛眼鏡式(高倍率) 3. 焦点調整式			領収証に記載されている金額を 記入してください。	
	弾性着衣	1. ストッキング(両足) 2. ストッキング(片足) 3. スリーブ 4. グローブ 5. 包帯(上肢) 6. 包帯(下肢)		購入枚数	枚	
	傷病の原因	1. 工作中以外(業務外)の傷病 2. 工作中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病				
	労働災害または通勤災害の認定を受けていますか?	3	1. はい 2. 申請中 3. 未申請			
	傷病の原因は外傷によるものですか?	1	1. はい 2. いいえ			
「負傷原因報告書」は提出済ですか?	1	1. はい 2. いいえ				
傷病の原因は第三者行為によるものですか?	2	1. はい 2. いいえ				
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか?	2	1. はい 2. いいえ				

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請(受領委任)者は被保険者です。		この給付金の受領を下記の者に委任します。	
	被保険者氏名	健康 太郎	事業所名称	この申請書は、事業所の健康保険 担当者を通じて提出してください。 (任意継続被保険者の方はこの欄は 空白で健保組合に提出してください)
	日中に連絡が とれる電話番号	090 - 6789 - 0123	受領責任者 役 職 名	
	受領委任 年月日	令和 7 年 2 月 19 日	受領責任者 氏 名	

【注意事項】

1. この申請は、被保険者または被扶養者が病気やケガで医師の指示により、治療用装具（コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等）を作成・購入したときに提出してください。
2. 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
3. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
4. この申請書に医師の意見書と領収証（原本）を添付してください。
5. この申請が外傷病名の場合、負傷原因報告書を必ず提出してください。
第三者行為や労働災害、通勤災害によるもの場合は、支給対象としません。
6. 被保険者がお亡くなりになっている場合、法定相続人が申請・受領委任欄の被保険者氏名欄に法定相続人の氏名を、また、その氏名の横に法定相続人と被保険者との具体的な続柄を記入してください。