1 2 3 4

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者（申請者）記入用

下記のとおり療養費（治療用装具）を支給申請します。　　年　　月　　日

被保険者（申請者）情報

	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
被保険者等 記号・番号			

氏名	（フリガナ） 必ず自署してください	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和
住所	（〒　－　） 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。（委任する場合は☑）

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

受取代理人の欄

被保険者（申請者） ※被保険者記入	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 住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 氏名	
代理人（口座名義人） ※事業所記入	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(治療用装具)

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	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 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 療養に要した費用の額	円		
10 診療の内容			

「治療用装具写真貼付台紙」は3・4ページに続きます。〉〉〉

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者（申請者）記入用

治療用装具写真貼付台紙 １枚目

被保険者氏名	受診者氏名	作成した装具名

今回、装具代金を支払った際、受け取った装具全てを撮影し、写真を印刷してこの台紙に貼付し、療養費支給申請書(治療用装具)に添付してご提出ください。貼付台紙の2枚目も確認をお願いします。なお、撮影枚数は3、4枚～となります。

① 正面（表） ［撮影方法］ ・前から装具全体が確認できるように撮影してください。 ［補足事項］ ・膝・足首のサポーターについては、装具を装着した状態にて撮影してください。 ・靴に挿入するタイプの装具（中敷き等）については靴から取り出して撮影してください。 ※①～③に適用	貼付
② 側面 ［撮影方法］ ・横から装具全体が確認できるように撮影してください。 ［補足事項］ ・左右どちらか一方向からで構いません。	貼付

【他補足事項】 ・肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態で撮影してください。
・装具の形状がはっきりと確認できない場合は再提出をお願いすることがございます。
・写真データそのままの提出は不可とします。

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者（申請者）記入用

治療用装具写真貼付台紙 ２枚目

被保険者氏名	受診者氏名	作成した装具名

撮影枚数は3、4枚～となります。貼付台紙1枚目も確認をお願いします。

③裏面（正面の）反対側

［撮影方法］

・裏から装具全体が確認できるように撮影してください。

貼付

④その他

ロゴ・サイズ・品番
メーカー表記、
取扱説明書、
その他附属品等（ある場合）

［補足事項］

・内容が読み取れるように撮影してください。

・撮影対象が複数ある場合は全ての品の撮影をしてください。
なお、その際の貼付台紙は様式を問いません。

貼付

【他補足事項】・肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態で撮影してください。
・装具の形状がはっきりと確認できない場合は再提出をお願いすることがございます。
・写真データそのままの提出は不可とします。