【2024年12月改訂】

1 2

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（治療用装具）

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 東リ健康保険組合

被保険者情報							
被保険者等	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所	
氏名	健保　太朗				生年月日	1985 年 12 月 1 日	
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6						
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678						

振込先				
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。				
金融機関名称	○○○ 銀行		○○○ 支店	
預金種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	右づめでご記入ください
口座名義（被保険者）	ケンポ　タロウ			カタカナでご記入ください

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

【 添付書類 】

●医師の作成指示書の原本
●装具製作所の領収証の原本
※領収証に装具の明細が記載されておらず別紙で渡されている場合は、装具の明細も添付してください。
●装着証明書の原本（小児用治療用眼鏡及び弾性着衣を除く治療用装具）
●弾性着衣等装着指示書の原本（弾性着衣）

【靴型装具を作成した場合】
●作成した靴型装具の写真

健保使用欄		
資格取得年月日	年 月 日	
資格喪失年月日	年 月 日	
伺年月日	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	
支給額	円	

受付印

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

被保険者氏名
健保　太朗

申請内容

1 受診者	☑ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者） ⟶	氏名	
		生年月日	年　月　日
2 傷病名	右膝関節靱帯損傷	3 発病または負傷年月日	2024 年 11 月 30 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	☐ 病気　☑ けが ➡『負傷原因届』を併せてご提出ください （原因および経過） サッカーをしていて転んだ。		

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
○○整形外科	○○県○○市○○1－6－7	○○　○○

治療継続中の場合は治療開始日と治療中とご記入ください

6 診療を受けた期間	2024 年 11 月 30 日 ～ 治療中 年 月 日	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	日数	日

小児治療用眼鏡及び弾性着衣の場合は記入の必要はありません

7 装具等の装着について指示を受けた日	2024 年 11 月 30 日	8 装具装着日	2024 年 12 月 10 日
9 療養に要した費用の額	34,800 円		
10 診療の内容	右膝用装具の装着		