

記入上の注意

療養費の振込は各事業所の健保口座へ振り込みますので「委任状」欄への記入をお願いします。

ただし、すでに退職している場合は「振込依頼書」欄に被保険者であった者（申請者）の口座の記入をお願いします。

診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合等は②から⑧欄はそのように読み替えて記入してください。

申請に必要な添付書類

1 治療用装具（コルセット等）を装着した場合

- ・ 治療上、装具の装着を必要と認めた医師の意見書
- ・ 装着した装具の内訳
- ・ 支払った代金の領収書

〈※ 全 て 原 本 〉

2 治療用眼鏡を作製した場合

対象年齢：9歳未満

- ・ 眼鏡を購入した際の領収証(原本)
- ・ 医師の弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し（検査結果・処方箋の写し）

2回目以降の作製 5歳未満は更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ
5歳以上は更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ

3 国民健康保険（市町村）等へ無資格期間にかかる医療費を返納した場合

- ・ 国民健康保険（市町村）等へ返納した金額の領収書

- ・ 返納の際、市区町村から受け取った書類（診療報酬明細書等）

〈※ 全 て 原 本 〉

4 やむを得ず自費（国内）で診療を受けた場合

- ・ 診療を受けた際の領収書
- ・ 診療報酬明細書（レセプト）

※傷病名、診療内容の明細が記載されている「診療報酬明細書（レセプト）」のことです。

診療明細書や領収明細書ではありませんのでご注意ください。

受け取っていない場合は医療機関に請求してください。

〈※ 全 て 原 本 〉

注) 健康保険の給付を受ける権利は、療養に要した費用を支払った日の翌日から2年で時効となります。

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)		被保険者の生年月日	事業所の名称	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
	住所	(〒	—)	(都道府)	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☑)						

被保険者が在職している場合	委任状	令和 年 月 日
		私は、療養費の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。
		〒 —
		被保険者住所 ----- 被保険者氏名 -----

被保険者が退職している場合の振込先口座	金融機関名称	(銀行 金庫 信組)	(本店 支店 出張所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. その他	口座番号 ()
	口座名義	▼上記申請者と同じ名義の口座をカタカナで姓と名の間は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。 []	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(6.12)
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

※ 医師の指示書(意見書)・領収証・明細書の原本を必ず添付してください。

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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・平・令 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平・令 年 月 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 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	(平・令) 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	(平・令) 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	(平・令) 年 月 日	8 装具装着日	(平・令) 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	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			