

被保険者（社員）の情報を記載するページです 赤枠の中を全て記載してください

弾性装具  
記入例

どちらかに○をしてください。  
装具を作成した人が 社員本人⇒被保険者へ○ / 家族の場合⇒家族へ○

- 記号
- AC : 1
- AT : 16
- AYF : 19
- AK : 24
- AKT : 26
- ATC : 27
- AKAM : 28
- AKHM : 29
- AKEP : 30
- TACO精機 : 31
- AKE : 32

健康保険 被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	1	1 2 3 4 5	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	1	0 3 2 5
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ		番号 資格情報のお知らせ / 資格確認書 / マイナポータル 等でご確認ください。			
住所	(〒 110 - 0001)	東京	都 道 府 県	港区浜松町●丁目●●-●●		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX ( XXXX ) XXXX	※ご自宅の住所を郵便番号から記載				

※被保険者（社員）の名前・生年月日・住所・TEL を記載してください

事業主が代理人となりますので被保険者（社員）欄へ署名・押印ください。  
(押印省略不可)  
任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。  
支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

※社員は2を選択

口座名義の区分

2

1. 申請者  
2. 代理人

受取代理人の欄

被保険者(申請者) 氏名・印 健保 太郎 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

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。 令和 7 年 5 月 30 日

代理人(口座名義人) 住所 会社 記入欄 委任者と代理人との関係

氏名・印 会社の健保担当者へご提出ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

(01.5)

備考欄 ※緑枠内※ 記載不要です

受付日付印

人事・業務担当者	健保使用欄		
	常務理事	事務長	担当者

★受診者（作成した装具を装着する人）の情報を記載するページです。赤枠の中を全て記載してください

健康保険 被保険者 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	健保 太郎	申請者(社員)の氏名	
1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被)	受診者が 1.被保険者(社員)⇒空欄 2.家族(被扶養者)⇒受診者の氏名と生年月日を記入	
1-①家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 63 年 2 月 5 日	
2 傷病名	悪性腫瘍術後の下肢リンパ浮腫	3 発病または負傷年月日 令和 7 年 3 月 10 日	
4 発病の原因および経過(詳しく)	1 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	診断された日 (原因および経過) 令和●年●月に悪性腫瘍の手術を行った。 その術後に両足にリンパ浮腫を発症し、治療のため 弾性ストッキングを着用することとなった。	
5 診察を受けた医療機関等の	名称 ●●●●病院	所在地 ××県××町1-2-3	診察した医師等の氏名 井者 治郎
6 診察を受けた期間	(令和) 年 月 日 0 7 0 5 1 5 から 0 7 0 5 3 1 まで	日数 6 日	6.診察を受けた期間の終わりの日付は、 現在も治療中の場合は空欄で可です。 期間中、実際に病院で受診した日数 ※入院した場合は入院期間の日数も含める
6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	※入院していない場合は空欄 ※入院初日から退院日を記載	入院初日から退院日 までの日数
7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日 0 7 0 5 1 8	8 装具装着日	※装着日は空欄で可
9 療養に要した費用の額	24,000	弾性装具の領収書の金額	診察を受け、医師が 弾性装具着用の指示をした日
10 診察の内容	悪性腫瘍の手術、医師の診察、弾性ストッキング着用の指示を受けた など		
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	どんな治療を受けたか 分かる範囲で記載	

※ 装具申請の際には、装具の写真を添付してください。  
多方向から3枚以上(装着しているところ及び横から、上から、下から等)、  
メーカー名がある場合はわかるように撮影してください。  
小児用眼鏡は1枚のみ添付ください。