

被保険者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
任意継続者用
記入例

どちらかに○をしてください。

装具を作成した人が 被保険者⇒被保険者へ○ / 家族の場合⇒家族へ○

任意継続者
の記号は
100
です

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			
被保険者証の (右づめ)	記号 100	番号 1234	生年月日 昭和 610325
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	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 港区浜松町●丁目●●-●●	※ご自宅の住所を郵便番号から記載	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX		

※被保険者(社員だった方)の
名前・生年月日・住所・TEL を記載してください

任意継続者
は1を記入

口座名義 の区分	※社員は2を選択 1. 申請者 2. 代理人
	1

(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。

受取代理人の欄	
被保険者 (申請者)	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 年 月 日 氏名・印 ※緑枠内※ 記載不要です 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL () 委任者と 代理人との 関係 (フリガナ) 氏名・印 (印)

「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		被保険者の氏名
申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被)	
	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 (原因および経過) 診断された日 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 診療を受けた医療機関等の名称	●●●●病院	所在地 ××県××町1-2-3 診療した医師等の氏名 井者 治郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 070515 から 070531 まで	日数 6日
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	※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) 070518	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 診療の内容	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	

※ 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。