

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

ページ



コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ) 番号 (左づめ)																生年月日			
	個人番号 (マイナンバー)	記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)																			
	氏名 (カタカナ)	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。																			
	氏名																	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)							電話番号 (左づめハイフン除く)													
住所	都 道 府 県																				

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	☐ 1.希望する ☐ 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。																		
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。																				
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協										支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所								
預金種別	1 普通預金										口座番号 (左づめ)										

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	☐ 1.記入有 (添付あり) ☐ 2.記入有 (添付なし) ☐ 3.記入無 (添付あり)																																
添付書類	領収書	☐ 1.添付 ☐ 2.不備										購入金額	円																				
	医師 証明書等	☐ 1.添付 ☐ 2.不備										装着 指示日	令和 年 月 日										写真 (靴型装具)	☐ 1.添付 ☐ 2.不備									
	戸籍 (法定代理)	☐ 1.添付										口座証明	☐ 1.添付																				
申請内容	装具種類	☐ 1.コルセット等 ☐ 2.眼鏡等(弱視) ☐ 3.眼鏡等(弱視以外) ☐ 4.弾性着衣 ☐ 5.靴型装具										弱視用 眼鏡	☐ 1.掛け眼鏡式 ☐ 2.掛け眼鏡式(高倍率) ☐ 3.焦点調整式																				
	弾性着衣 種類	☐ 1.ストッキング(両足) ☐ 2.ストッキング(片足) ☐ 3.スリーブ ☐ 4.グローブ ☐ 5.包帯(上肢) ☐ 6.包帯(下肢)										弾性着衣 対象病名	☐ 1.リンパ浮腫治療 ☐ 2.難治性潰瘍治療										弾性着衣 購入枚数										
	6 6 1 1 1 2 0 3										その他	☐ 1.その他 (理由)										枚数											

受付日付印

(2026.3)

2 / 2