療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

東京都農林漁業団体 健康保険組合｜業務課 03-3377-1321

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 立替払・治療用装具

被保険者情報

❶ 被保険者証	記号 987	番号 654321	生年月日	昭和 平成・令和 ×× 年 × 月 × 日	
❷ 氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎				
住所	〒 100 － 0000 東京都渋谷区〇〇 ×－×				
	△△マンション×××号		電話番号（日中の連絡先）	090 （××××）××××	
事業所名称	株式会社 〇〇〇〇	❸	提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✓）	

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先

金融機関名称	〇〇〇〇 銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	× × × × － × × ×
	△△△△ 支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座 × × × × × × ×
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ タロウ		

委任状 ❹

口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名
	代理人（口座名義人）	住所 氏名 被保険者との関係（ ）

申請内容 ❻

受診者（どちらかに✓）	☑ 被保険者 □ 家族（被扶養者）	❺ 第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
家族の場合はその方の	氏名 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 続柄（ ）		
傷病名	左足関節靱帯損傷	発病又は負傷年月日（療養開始日）	平成 令和 元 年 5 月 2 日 午前 午後 9 時頃
発病又は負傷の原因及び状況（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他（ ）	
	場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他（ ）	
	原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他 自分の不注意	
	状況	具体的に詳しく 自宅の2階から1階へ階段で降りる際、階段を踏み外して負傷。	
診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科医院	
	所在地	東京都新宿区△△ ×－×	診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
診療期間（支給期間）	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで （日数 日）		
上記期間に入院していた場合はその期間	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで （日数 日）		
❼ 装具装着日	平成 令和 元 年 5 月 2 日 装着	❽ 療養に要した費用	×，××× 円
診療の内容	診察、レントゲン等の検査、装具の装着。		
療養の給付を受けることができなかった理由	治療のため治療用装具を装着したため。		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。） 受付日付印

❾ マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

東京都農林漁業団体 健康保険組合 (R4.3)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられた場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。
申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にカッコ書きでご記入ください。
その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。

❸ 事業所（事業主）経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の添付が必要となります。

❺ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❻ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❼ 装具を装着した日をご記入ください。
医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。
治療用眼鏡の場合は領収書の日付をご記入ください。

❽ 装具の領収書に書かれている金額をご記入ください。

❾ ❶の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名（サイン）をご記入ください。

添付書類

装具の種類	添付書類1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2（共通）	添付書類3
治療用装具	**装具作製（装着）指示書** **又は意見書、証明書等**	**領収書の原本** 患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの	**靴型装具の写真** 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	**弾性着衣等装着指示書**		―
小児弱視等の治療用眼鏡等	**眼鏡等作成指示書**		―