

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

[illegible]

* 家族（被扶養者）の方の治療用器具や眼鏡などの購入であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

振込先指定口座

金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他（ ）								本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所																			
預金種別	☐	1. 普通 2. 当座							口座番号								左づめでご記入ください。											
口座名義	▼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。） 																								口座名義 の区分		1. 被保険者 2. 代理人	

「2. 代理人」の場合、必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	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。 年 月 日 令和 																	
		氏名											住所「被保険者情報」の住所と同じ。						
代理人 (口座名義人)		〒	 	 	 	 	 	 	 	TEL (ハイフン除く)	 	 	 	 	 	 	 	 	被保険者との 関係
		住所																	
		氏名	(フリガナ)																

■医師の意見書および装具装着証明書（装具の場合）
■弾性着衣等装着指示書（弾性着衣等の場合）
■眼鏡等作成指示書【コピー】（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合）
■領収書
■検査書【コピー】（「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合）
■療養費の支給申請を行う装具の現物写真（靴型装具に限る）

コピーと指定していないものは原本が必要となります。

受付日付印

被保険者
健康保険
家族

療養費 支給申請書（治療用装具）

被保険者記入用

被保険者氏名

① 受診者

☐

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

☐

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

年 月 日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

☐

1. 平成
2. 令和

年 月 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）

2. ケガ →別紙「負傷原因届（※HPにあり）」を併せてご提出ください。

申請内容

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

☐

1. 平成
2. 令和

年 月 日

☐

1. 平成
2. 令和

年 月 日

日数

日

⑥-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間

☐

1. 平成
2. 令和

年 月 日

☐

1. 平成
2. 令和

年 月 日

日数

日

⑦ 装具の装着について指示を受けた日

令和

年 月 日

⑧ 治療用装具の金額

円

⑨ 診療の内容