

1枚目
(3枚1組)

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

(医療費立替払・治療用装具立替払等)

被

記入例

用

☒ **医療費立替払の申請** →申請書の1枚目、2枚目 + 【添付書類】以下、**原本**を提出ください

加入手続
による受診
他の健保
する場合
生血液を
臍帯血を

該当する申請に✓し、
「医療費立替払」の場合は、申請書の1枚目、2枚目
「治療用装具立替払」の場合は、1枚目、3枚目
にご記入ください。

☐ **治療用装具立替払の申請** →申請書の1枚目、3枚目 + 【添付書類】以下、**原本**を提出ください

治療用装具を購入、装着した時	・領収書（装具の名称、種類及び内訳別の費用額、義肢装具士の氏名、 オーダーメイドまたは既製品別（既製品の場合は製品名・メーカー名）が記載されたもの） ・医師の「治療用装具製作指示装着証明書」 ・靴型装具の申請の場合、当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）
9歳未満の治療用眼鏡や コンタクトレンズを購入した時	・領収書（レシート不可、対象者名・治療用眼鏡等の記載があるもの） ・眼科医の治療用眼鏡等の「作成指示書」及び「検査結果」
弾性着衣等を購入した時	・領収書（弾性着衣等の名称、種類及び単価・購入枚数が記載されたもの） ・医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」

※日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。

長期にわたり使用する装具は、健康保険の支給対象とならないことがあります。（障がい者の方は、障害者総合支援法による装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等にご確認ください）

資格情報のお知らせ、
資格確認書等に記載
されています。

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号		
		123	4567		
	従業員番号	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区□□1-2-3			
電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-××××		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）		

振込先 指定口座	金融機関名称	〇〇		☒ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ その他 △△ ☐ 信組 ()	☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 ケンボ・タロウ			口座名義 の区分 ☒ 1.申請者 ☐ 2.代理人

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。		年	月	日
	署名	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)	(〒) 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と 代理人との 関係 印			

口座名義が申請者本人であれば
記入不要

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目
(3枚1組)

健康保険 被保険者
家 族

療養費支給申請書 (医療費立替払)

必ず1枚目とセットで提出してください

被保険者（申請者）記入用

1.受診者	☐ 1.被保険者 ☒ 2.家族（被扶養者）		受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。	
1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 20 年 7 月 1 日 ☐ 令和
2.傷病名	医師から診断された傷病名を記入してください。急性胃腸炎		3.発病または負傷年月日	2026 年 5 月 1 日
4.発病の原因および経過（詳しく）	☒ 1.病 気 ☐ 2.ケ ガ (原因および経過) 薬を飲み症状は落ち着いた 発症に至る原因および経過をできるだけ詳しくご記入ください。 負傷原因届を併せてご提出ください			
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	
	〇〇病院	〇〇区□□1-2-3	〇〇 〇〇	
6.診療を受けた期間	2026 年 5 月 1 日 から 2026 年 5 月 1 日 まで		日数	1 日
6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日数	日
7.療養に要した費用の額	3,320 円			
8.診療の内容	点滴をし、薬を処方された		病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。	
9.療養費の支給申請の理由	☐ 1.加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☒ 2.資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ☐ 3.他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ☐ 4.その他 (理由) 詳細にご記入ください。			

3枚目
(3枚1組)

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書 (治療用装具立替払等)

必ず1枚目とセットで提出してください

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保 太郎			被保険者の氏名をご記入ください。	
--------	-------	--	--	------------------	--

申請内容	1.受診者	☐ 1.被保険者 ☒ 2.家族（被扶養者）					受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。	
	1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 20 年 7 月 1 日 ☐ 令和			
	2.傷病名	医師から診断された傷病名をご記入ください。		左アキレス腱断裂		3.発病または 負傷年月日	2026 年 3 月 1 日	
	4.発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) ☐ 1.病 気 ☒ 2.ケ ガ サッカーの部活中に単独で転倒し、負傷 発症に至る原因をできるだけ詳しくご記入ください。 負傷原因届を併せてご提出ください						
	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				
		〇〇病院	〇〇区□□1-2-3	〇〇 〇〇				
	6.診療を受けた期間	2026 年 3 月 15 日 から 2026 年 5 月 1 日 まで				日数	7 日	
	6-① 上記の期間に 入院していた場合は、その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				日数	日	
	7.装具等の装着について 指示を受けた日	2026 年 5 月 1 日				医師から装着の指示を受けた日をご記入ください。		
	8.装具装着日	2026 年 5 月 20 日				装具を装着した日をご記入ください。		
9.療養に要した費用の額	20,000 円							
10.診療の内容	レントゲンを撮り、診察を受けた。装具の装着で治療継続。 病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。							