

療養費支給申請書(治療用装具)の提出について

- ・医師の指示で作成・購入したコルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等の費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。
- ・申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。
- ・療養費の消滅時効の起算日は、治療用装具等の購入費用を支払った日の翌日です。

添付書類

■治療用装具を購入、装着したとき	①領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名（押印可） オーダーメイドまたは既製品の別（既製品の場合は既製品名・メーカー名） が記載された領収書 ②治療用装具製作指示装着証明書 ③作成した装具の写真 メールまたは貼付用紙にて提出 （別紙「治療用装具の写真について」を確認ください） ④装具作製確認書 既製品装具を購入→回答書④／オーダーメイド装具を購入→回答書⑤ （既製品かオーダーメイドかは「②治療用装具製作指示装着証明書」に記載がありますのでご確認ください）
■小児弱視等にかかる眼鏡や コンタクトレンズを購入した時	①領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載されているもの ②眼鏡等作成指示書の写し ③傷病名、検査結果が記載された処方箋等の写し 上記作成指示書に傷病名、検査結果の記載がない場合提出してください
■弾性着衣等を購入したとき	①領収書 ②弾性着衣等装着指示書

記入例 療養費支給申請書(治療用装具)

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

「資格確認のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください

2

在籍者が申請する場合
☑を入れてください

3

在籍者は受取代理人の欄、
喪失者は振込先指定口座を
ご記入ください

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)			
健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)	支給決定	月 日	担当者
	支給内訳	健保使用欄は記入不要です	
	資格	月 日	
被保険者 (申請者)情報	記号	番号	生年月日
	5 6 1	0 0 0 0 0	昭和 55 年 5 月 2 日
	氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
	住所	(〒 000 - 0000) ○○ (市) ○○市○○町○-○	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000	
	☒ 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	※在籍者が請求する場合は、「受取代理人の欄」を記入、喪失者の場合は、「振込先指定口座」を記入して下さい。		
	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。)		
	☐ 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。		
	口座名義	金融機関 名称	口座番号
	ケンボ タロウ 健保 太郎	○○ (銀行) (労働) (農協) (信用) (支店)	0 0 0 0 0 0 0
	預金種別	1. 普通 2. 当座	左側までご記入ください。
	1		
受取代理人の 欄	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 5 年 12 月 12 日		
	氏名 健保 太郎 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人の事業所(工場)又は住所		
	代理人の氏名		
・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入してください ・被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください ・マイナンバーが記載された場合は、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			
「申請者記入用」は2ページに続きます。>>> 2023.10改定 受付日付印 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 ユニプレス健康保険組合 1/2			

4

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にマイナンバーをご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

治療用装具

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 25 年 1 月 5 日	昭 平・令
	2 傷病名	右膝関節靱帯損傷		3 発病または負傷年月日 令和 5 年 10 月 22 日
	4 発病または負傷の原因	(原因) サッカーの試合で接触し負傷		
		第三者の行為による傷病か	はい・いいえ	届出の有無 ある・ない
	5 診療を受けた医療機関	名称 ○○病院	所在地 ○県○○市○○町○-○	診療した医師等の氏名 ○田 口郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 5 年 10 月 22 日 から 5 年 11 月 25 日 まで 日数 5 日間		
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日間		
	7 装具等の装着・作製について指示を受けた日	(令和) 5 年 10 月 30 日	8 装具装着日	(令和) 5 年 11 月 3 日
	9 療養に要した費用の額	10000 円		
	10 診療の内容	治療用装具の作成と装着		
11 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作製したため			

治療用装具等の装着について 指示を受けた日をご記入ください。

「治療用装具製作指示装着証明書」に記載されている装具を装着した日をご記入ください。

小児治療用眼鏡等

- ・支給対象は9歳未満の被扶養者です。
- ・再度作成して申請をされる場合、5歳未満は更新前の眼鏡等の装着期間が1年以上、5歳以上は2年以上ないと支給対象になりません。
- ・支給額は購入費用の7割（未就学児は8割）です。
ただし購入費用の上限は、眼鏡が38,902円、コンタクトレンズ（1枚あたり）16,324円です。
- ・一般的な近視や乱視などの視力補正のための眼鏡は保険適用外です。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 30 年 1 月 5 日	昭 平 令
	2 傷病名	弱視、斜視など		
	3 発病または負傷年月日	令和 5 年 10 月 22 日		
	4 発病または負傷の原因	不詳		
	(原因) 第三者の行為による傷病か ☐ はい・いいえ ☐ 届出の有無 ☐ ある・ない ☐			
	5 診療を受けた医療機関	名称 〇〇病院	所在地 〇県〇〇市〇〇町〇-〇	診療した医師等の氏名 〇田 〇郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 5 年 10 月 22 日 から 5 年 11 月 18 日 まで 日数 3 日間		
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日間		
	7 装具等の装着・作製について指示を受けた日	5 年 11 月 18 日	8 装具装着日	記入不要
	9 療養に要した費用の額	35000 円		
10 診療の内容	視力検査と治療用眼鏡の作成			
11 療養費の支給申請の理由	治療用眼鏡を作成したため			

9

「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日をご記入ください。

5

装具作成対象者ごとに申請書を作成してください

6

作成指示書に記載されている傷病名をご記入ください。

7

不明な場合は空欄のままで大丈夫です。

8

作製の指示を受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名をご記入ください。

弾性着衣等

5

装具作成対象者ごとに
申請書を作成してください

6

指示書に記載されている診断名
をご記入ください。

7

不明な場合は空欄のままで
大丈夫です。

8

装具作製の指示を受けた医療機
関の名称・所在地・医師の氏名
をご記入ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)				
	1 - ①家族の場合はその方	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 55 年 1 月 5 日	
	2 傷病名	術後のリンパ浮腫			3 発病または 負傷年月日	令和 2 年 10 月 22 日
	4 発病または負傷の原因	(原因) 不詳等				
		第三者の行為による傷病か	はい・いいえ	届出の有無	ある・ない	
	5 診療を受けた医療機関	8 名称	所在地	診療した医師等の氏名		
		〇〇病院	〇県〇〇市〇〇町〇-〇	〇田 〇郎		
	6 診療を受けた期間	(令和) 5 年 11 月 18 日 から 5 年 11 月 18 日 まで 日数 1 日間				
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日間				
	7 装具等の装着・作製に ついて指示を受けた日	(令和) 5 年 11 月 18 日		8 装具装着日	(令和) 記入不要	
	9 療養に要した費用の額	10000 円				
10 診療の内容	弾性着衣の購入					
11 療養費の支給申請の理由	弾性着衣を購入したため					

9

「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示日をご記入ください。