

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)記入方法

医師の指示により、治療用の装具(コルセット、弾性着衣など)を購入、装着したときや、9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したときなどに、支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2ページ

2 / 2ページ

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

治療用装具を購入、装着したとき	○領収書 装具の名称、種類及び内訳の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイド又は既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書 ○医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」 ○靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真
弾性着衣等を購入したとき	○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領収書 ○医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき	○領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ○医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ○「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は、視力等の検査結果のコピー
スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常用コンタクトレンズを購入したとき	○領収書 コンタクトレンズ等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ○医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ○「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

ケガ(負傷)による申請の場合	○負傷原因届 ※当組合のホームページからダウンロードできます。
傷病の原因が第三者の行為(交通事故やけんか等)によるものである場合	○第三者行為による傷病届 ※詳しくは、当組合までお問い合わせください。
被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合	○相続人が当組合の被扶養者ではない場合 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

注1) 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

注2) 当組合では、療養費の支給決定後、ご提出書類の返却はできません。

自治体等の医療費助成の際はコピー又は原本の提出の要否について事前に自治体等にご確認ください。

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

栃木県トラック健康保険組合 〒321-0169 栃木県宇都宮市八千代1-5-12 電話：028-645-3105

記入例

1ページ

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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(申請者)記入用

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者等 (おつめ)	記号	番号	生年月日
	1 1 2 3	4 5 6	☒ 昭和 ☐ 平成
			5 0 年 0 3 月 2 6 日
氏 名	(フリガナ)		
	2 健 保 太 郎		
住 所	(〒 3 2 1 - 0 1 6 9)		
	栃木 都 県 宇都宮市〇〇1-1 △△マンション 101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090-XXXX-XXXX		

☐ 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	〇〇〇		銀行 金庫 信託 農協 協同 〇〇〇 その他 ()	〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	□ 座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。	
□ 座名義	▼カタカナ(姓)との間は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 ホ ゜ タ ロ ウ					□ 座名義 の区分
						1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者(申請者)宿帳」の住所と同じ
	代理人 (口 庄名義人)	(〒 -) TEL () 住所 委任者と代理人との関係 (7桁ナ) 氏名 -----

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに続きます。》》》

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、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		(07.4)
被保険者のマイナンバー記載欄	3	受付日付印

栃木県トラック健康保険組合

 $\frac{1}{2}$

記入例

1ページ

1

資格情報のお知らせ等に記
載されている記号と番号を
ご記入ください。
※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ
 本人(被保険者) 令和〇年〇月〇日
 (栃木県トラック健康保険組合)
 (06090401)
 記号 123 番号 456 (枝番) 00
 氏名 健保 太郎
 負担割合
 資格取得年月日 令和〇年〇月〇日
 受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

2

家族(被扶養者)が治療用装具等を作製・購入した場合でも、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て、**相続人の方が**申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）

※生年月日欄は「被保険者」
の生年月日をご記入くださ
い。

3

被保険者の記号番号がご不明な場合のみ被保険者のマイナンバーをご記入ください。

(①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。※1 貼付台紙※2に⑦ ①②どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ② 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)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

- ① 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)のコピー、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

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています

※2 当組合までご連絡いただくか、協会けんぽのホームページからダウンロードした用紙もお使いいただけます。

被保険者氏名 健 保 太 郎

申請内容	1 受診者	1 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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	2 傷病名	右膝関節靱帯損傷		3 発病または負傷年月日 ☐ 平成 ☐ 令和 7 年 1 月 10 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	2 4 2. ケガ → 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
		〇〇総合病院	栃木県栃木市〇〇2-2	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 07 年 01 月 20 日 から 07 年 01 月 20 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	(令和) 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	(令和) 07 年 01 月 20 日 8 装具装着日 (令和) 07 年 01 月 22 日		
	9 療養に要した費用の額	28,000 円		
	10 診療の内容	右膝用装具の作製・装着		
11 療養費の支給申請の理由	5 5. 治療用装具を作製したため			

4 ケガ(負傷)による申請の場合は、「負傷原因届」を添付してください。

※当組合ホームページからダウンロードできます。

5 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。

(例)

- ・弾性着衣の場合
「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
- ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合
「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

6 治療用装具を装着した日をご記入ください。

(例)

- 「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
- ※「弾性着衣」及び「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。

7 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

療養費（治療用装具）の支給要件等

支給対象となる治療用装具等

治療用装具等が療養費の支給対象となるのは、次のような場合です。

1 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼、弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着した場合（治療用装具代を全額負担したとき）

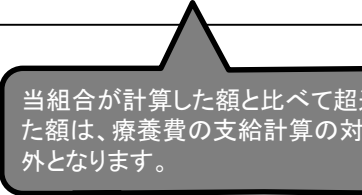
2 9歳未満の小児が、小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合（眼鏡代等を全額負担したとき）

※ 治療用装具等を再作製する場合は、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合があります。

支 給 額

申請書に添付された領収書等により、当組合が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額（実際に支払った額の方が低いときはその額）から、加入者が負担すべき額を差し引いた額を療養費として支給します。

実際に支払った額が、当組合が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額を超えている場合は、当組合が計算した額の範囲で療養費が支給されます。

実際に支払った額		
当組合が障害者総合支援法等の基準で計算した額		
一部負担金等相当額	払い戻される額(療養費)	