記入例

受付印

支給期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
算出額	
支給額	

支給決定伺		
令和　年　月　日決定		
常務理事	事務長	担当者

（注）この申請書は、治療用装具（コルセットや治療用眼鏡など）を作製した際に医療費を申請する用紙です。
保険証不携帯や誤使用、はりきゅう・あんまマッサージの申請は別の用紙となります。

該当しない部分を消してください

被保険者
~~被扶養者~~

療養費支給申請書（治療用装具等）

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。
◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。
◎消せるボールペンでの記入は不可。書き直してください。

被保険者自署の場合は捺印省略可

被保険者等記号番号	10000 1234567	被保険者の氏名	キリン　太郎	合は捺印省略可
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入				

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

受診者氏名	キリン　太郎	受診者生年月日	~~昭和~~ 平成 ~~令和~~ 5年 5月 5日	続柄	本人
傷病名	左アキレス腱断裂	発病または負傷の年月日	令和 7年 5月 18日		
発病の原因および経過（詳しく）	□病気 <原因および経過を詳しく記入> 【発病の原因や経過について詳しくご記入ください】 ☑ケガ → 「負傷原因届」を併せて提出すること　「負傷原因届」に詳しく記載してください				
第三者による傷病ですか	□はい ☑いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること	業務上または通勤途上の傷病ですか	□はい　☑いいえ	
装具装着の指示を受けた日	令和 7年 5月 19日	☑入院 □通院	装具装着日	令和 7年 5月 26日	
治療用装具の金額	35,900 円				

上記に関する請求金の受領を　事業主記載欄　に委任します。

令和 7 年 6 月 15 日

被保険者　住所　神奈川県横浜市横浜 10-10-10

氏名　キリン　太郎

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類（要原本）】

添付書類が必要です！
確認してください。

事業所担当者印

		調査印
◆治療用装具	1. 治療用装具製作指示装着証明書　2. 領収書およびその内訳 3. 負傷原因届　4. 装具作製確認書　5. 装具の写真	南
◆治療用眼鏡（9歳未満）	1. 弱視等治療用眼鏡等作成指示書　2. 領収書およびその内訳（子の名前の記載あり。）　※領収書にレンズ代・フレーム代等の記載があるときは内訳不要	
◆弾性ストッキング等	1. 弾性着衣等装着指示書　2. 領収書およびその内訳（金額、枚数等）	

（注）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。
また、長期にわたり使用する装具は健保の支給対象とならないことがあります。（障害者の方は障害者総合支援法による補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へご確認ください。）

備考欄	

◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

2025.4