

# 【記入例】治療用装具

健康保険組合	受付番号	整理番号	職業主例経中所属
令 年 月 日	額 附加	円	式
区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に 印)	入力受付	

## 被保険者 被扶養者) 療養費支給申請書

被 保 険 者 番 号	5 1 2 3 4 5 6	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎		
		生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 2 日	生 満	54 歳
被 保 険 者 所 住	県 市 町 1 - 1		被 保 険 者 所 属	株 式 会 社 支 店 部	
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 者 の 氏 名	健 保 花 子	生 年 月 日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日	続 柄	長 女
			令和 満 26 歳		
傷 病 名	前十字靭帯断裂		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 6 年 11 月 1 日	18 時頃
傷 病 の 原 因	自宅の階段で転倒したため	労 働 災 害 該 当 の 有 無 (業 務 上、通 勤 途 上 等)	無	有	「有」の場合は労災保険へ申請してください。
傷 病 の 経 過	現在通院治療中である。				
健 康 保 険 被 保 険 者 証 を 使 用 で き な っ た 理 由 (詳 しく 記 入)	治療上必要な装具製作会社は、医療機関ではなく、療養給付が受けられなかったため。				
診 療 を う け た 病 院 等	所 在 地	県 市 町 1 - 2	名 称	病 院	
			医 師 名	治 療 担 当 医 師 名	
診 療 の 内 容	治療上、治療用装具の装着が必要である。				
診 療 の 期 間	自 令和 6 年 11 月 1 日	日 間	診 療 に 要 した 金 額	¥ 23,381	別紙証ひょうのとおり
	至 令和 年 月 日				
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	そ の 届 出 の 有 無	第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)			
	あ る ・ ない				

(注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。

(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。

(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

健康保険組合	受付日	整理番号	事業主側経内所属
<b>【記入例】立替払い</b> (医療機関で健康保険の資格が確認できず、全額自費となったとき など)			
令 年 月 日	額 附加	円	区分 本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に 印)
			入力受付

(被保険者  
被扶養者) **療養費支給申請書**

被 保 険 者 番 号	5 1 2 3 4 5 6	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎		
		生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 2 日	生 満	54 歳
被 保 険 者 所 住	県 市 町 1 - 1		被 保 険 者 所 属	株 式 会 社 支 店 部	
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 者 の 氏 名	健 保 花 子	生 年 月 日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日	続 柄	長 女
			令和 満 26 歳		
傷 病 名	嘔 吐 症		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 6 年 11 月 1 日	18 時 頃
傷 病 の 原 因	か ぜ	労 働 災 害 該 当 の 有 無 (業 務 上、通 勤 途 上 等)	無	有	「有」の場合は労災保険へ申請してください。
傷 病 の 経 過	診 療 翌 日 より 回 復 傾 向				
健 康 保 険 被 保 険 者 証 を 使 用 で き な か っ た 理 由 (詳 しく 記 入)	例 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。 例 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。 例 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。				
診 療 を う け た 病 院 等	所 在 地	県 市 町 1 - 2	名 称	病 院	
			医 師 名	治 療 担 当 医 師 名	
診 療 の 内 容	診 察 後、薬 処 方				
診 療 の 期 間	自 令和 6 年 11 月 1 日	至 令和 6 年 11 月 1 日	診 療 に 要 し た 金 額	¥ 3,860	別 紙 証 ひ ょう の と お り
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	そ の 届 出 の 有 無	あ る ・ 無 い	第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)		

- (注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。  
(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。  
(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】
------

# 【記入例】海外療養費

「同意書」、「海外療養費支給申請書添付書類様式」も合わせ提出してください。

健康保険組合	受付日	整理番号	事業主側経内所属
令 年 月 日	額 附加	円	区分
			本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に印)
			入力受付

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

被 保 険 者 番 号	5 1 2 3 4 5 6	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎		
		生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 2 日	生 満	54 歳
被 保 険 者 所 在 地	県 市 町 1 - 1		被 保 険 者 所 属	株 式 会 社 支 店 部	
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 で あ る 場 合 、 該 当 者 の 氏 名	健 保 花 子	生 年 月 日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日	続 柄	長 女
			令和 満 26 歳		
傷 病 名	嘔 吐 症		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 6 年 11 月 1 日	18 時 頃
傷 病 の 原 因	か ぜ	労 働 災 害 該 当 の 有 無 (業 務 上 、 通 勤 途 上 等)	無	有	「有」の場合は労災保険へ申請してください。
傷 病 の 経 過	診 療 翌 日 より 回 復 傾 向				
健 康 保 険 被 保 険 者 証 を 使 用 で き な っ た 理 由 (詳 しく 記 入)	例 1) 令和 6 年 10 月 から 海 外 で 勤 務 し て お り 、 現 地 の 医 療 機 関 を 受 診 し た た め 。 例 2) 令和 6 年 10 月 1 日 ~ 10 日 の 海 外 旅 行 中 に 、 現 地 の 医 療 機 関 を 受 診 し た た め 。				
診 療 を う け た 病 院 等	所 在 地	県 市 町 1 - 2	名 称	病 院	
			医 師 名	治 療 担 当 医 師 名	
診 療 の 内 容	診 察 後 、 薬 処 方				
診 療 の 期 間	自 令和 6 年 11 月 1 日	至 令和 6 年 11 月 1 日	診 療 に 要 し た 金 額	¥ 3,860	別 紙 証 ひ ょう の と お り
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	そ の 届 出 の 有 無	あ る ・ 無 い	第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)		

(注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。

(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。

(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

健康保険組合	受付日	整理番号	事業主側経由所属者
【記入例】はり・きゅう			
保険者記入欄	令 年 月 日	額 附加	円
区分	本人・家族・6歳 高齢・高齢7 (該当に印)	入力受付	

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

被保険者番号	5 2 3 4 5 6 7	被保険者名 氏名	健 保 太 郎		
		生年月日	昭和・平成 45 年 7 月 2 日生 満 54 歳		
被保険者所	〇〇県 市 町 1 - 23 - 1		被保険者属	〇〇株式会社 〇〇支社 グループ	
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日 令和 満 26 歳	続柄	長女
傷病名	(医師の同意を受けた傷病名を記入)		傷病又は 負傷の年月日	令和 6 年 9 月 1 日 18 時頃	
傷病の原因	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したかを記入	労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	<input checked="" type="radio"/> 有 「有」の場合は労災保険へ申請してください。		
傷病の経過	医師による(傷病名)の治療を継続してうけていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから医師による同意により針治療に変更した。				
健康保険被保険者証を使用できなかった理由 (詳しく記入)	治療上必要な施術鍼灸院は、医療機関ではないため療養給付が受けられなかったため				
診療を受けた病院等	所在地	〇〇県 市 町 2 - 6 - 5	名称	〇〇〇鍼灸院	
			医師名	施術担当鍼灸師名	
診療の内容	はり 治療				
診療の期間	自 令和 6 年 11 月 1 日 至 令和 6 年 11 月 31 日	2 日間	診療に要した金額	¥ 2,800	別紙証ひょうのとおり
第三者の行為によって負傷したとき	その届出の有無	第三者の氏名 及 住 所 (不明のときはその旨)			
	ある・ない				

- (注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。  
(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。  
(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

健康保険組合	受付月日	整理番号	事業主側經由所属
【記入例】あんま・マッサージ			
令	年	月	日
区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に印)	入力受付	

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

被保険者番号	5 2 3 4 5 6 7	被保険者名 氏名	健保太郎		
		生年月日	昭和平成	45年7月2日生	満54歳
被保険者所	〇〇県市町1-23-1		被保険者属	〇〇株式会社 〇〇支社 グループ	
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名	健保華子	生年月日	昭和平成	10年2月3日	続柄 長女
			令和	満26歳	
傷病名	(医師の同意を受けた傷病名を記入)			傷病又は 負傷の年月日	令和6年9月1日 18時頃
傷病の原因	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したかを記入	労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無	有	「有」の場合は労災保険へ申請してください。
傷病の経過	麻痺状態の部位について、かかりつけの医師から、医療上必要と指示されたため				
健康保険被保険者証を使用できなかった理由 (詳しく記入)	治療上必要な指圧治療院が医療機関ではないため、療養給付が受けられなかったため				
診療を受けた病院等	所在地	〇〇県市町2-6-5	名称	〇〇〇指圧治療院	
			医師名	施術を担当した施術師の氏名	
診療の内容	マッサージ治療				
診療の期間	自	令和6年11月1日	至	令和6年11月31日	2日間
			診療に要した金額	¥ 2,800	別紙証ひょうのとおり
第三者の行為によって負傷したとき	その届出の有無	ある	第三者の氏名 及住所 (不明のときはその旨)	ない	

- (注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。  
(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。  
(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】