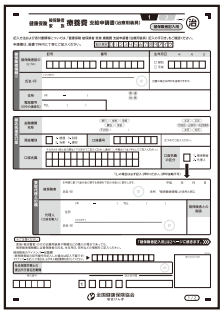
全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）記入の手引き

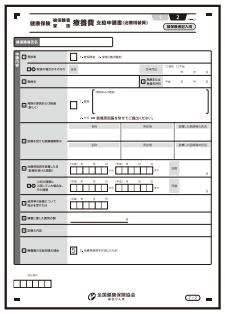
医師の指示により、治療用の装具（コルセット、弾性着衣など）を購入、装着したときや、
９歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したときなどに、
支給を受けることができます。

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。

被保険者が亡くなられている
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。）

■ 医師の「意見および装具装着証明書」等

●付属している「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、
医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）および装具装着証明書」を添付してください。

●弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。

●小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。

■ 領収書

装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名（押印でも可）が記載された領収書の原本を添付してください。

■ 検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合）

「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を添付してください。

■ 療養費の支給申請を行う装具の現物写真（靴型装具に限る）

このほか、必要に応じ、次の書類を添付してください。

■ ケガ（負傷）による申請の場合	●負傷原因届　※
■ 第三者の行為による傷病の場合	●「第三者行為による傷病届」　※ 詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。
■ 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

注）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。）
※協会けんぽのホームページから印刷できます。（印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。）

次ページに記入例があります。

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。（窓口でも受付けます）
＊各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。

協会けんぽ　検索

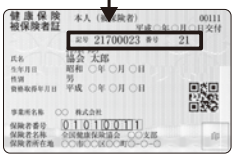
記入例　療養費 支給申請書（治療用装具）

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。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXXX)~~XXXX~~ △△△△ 協会

1ページ

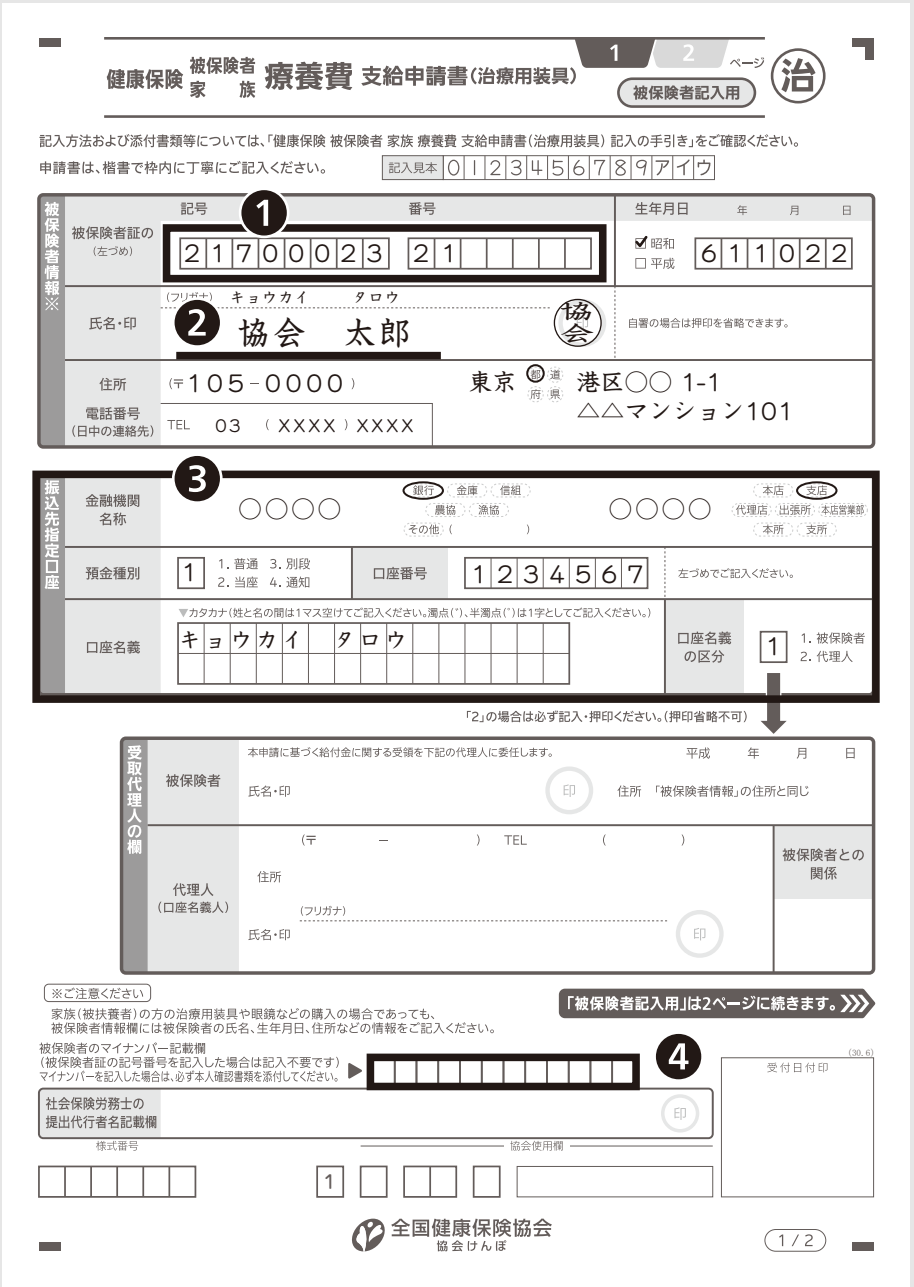
1 記号・番号は、保険証に記載されています。



2 家族（被扶養者）が治療用装具を作成した場合でも、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。



健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）　1 2 ページ　治

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報※

被保険者証の（左づめ）	❶ 記号 2 1 7 0 0 0 2 3　番号 2 1	生年月日 年 月 日　☑昭和 ☐平成　6 1 1 0 2 2
氏名・印	（フリガナ）キョウカイ　タロウ　❷ 協会　太郎　協会	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒105－0000）　東京 都 道 府 県 港区○○ 1-1 △△マンション101	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 03 （XXXX）XXXX	

❸ 振込先指定口座

金融機関名称	○○○○　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	○○○○　本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
預金種別	1　1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。）キョウカイ　タロウ	口座名義の区分	1　1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取代理人の欄

被保険者	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。　平成 年 月 日 氏名・印　印	住所　「被保険者情報」の住所と同じ
代理人（口座名義人）	（〒 － ）TEL （ ） 住所 （フリガナ） 氏名・印　印	被保険者との関係

※ご注意ください
家族（被扶養者）の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ▶ ❹

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印

様式番号　協会使用欄　1

受付日付印　（30. 6）

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	二三八　本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
預金種別	1　1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。）キョウカイ　タロウ	口座名義の区分	1　1. 被保険者 2. 代理人

4 ❶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 ㋐ ㋑ どちらも貼付し、申請書に添付してください。

㋐ 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

㋑ 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、個人番号通知のコピー、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　協会けんぽのホームページからダウンロードできます。（印刷環境がない場合は協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。）

2ページ

健康保険 被保険者 家族 **療養費** 支給申請書(治療用装具)　1 2 ページ　被保険者記入用

被保険者氏名　協会　太郎

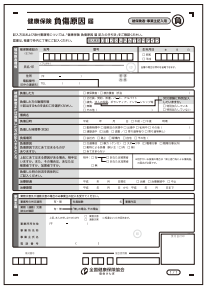
申請内容

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　年　月　日
2 傷病名	右膝関節靭帯損傷	3 発病または負傷年月日　平成 30 年 6 月 3 日
4 発病の原因および経過(詳しく)	2　1. 病気　(原因および経過) 5　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：○○総合病院　所在地：東京都○○区○○　診療した医師等の氏名：○○ ○○	
	名称　所在地　診療した医師等の氏名	
6 治療用装具を装着した日(診療を受けた期間)	(平成) 年 月 日 3 0 0 6 0 3 から 3 0 0 6 0 3 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	(平成) 年 月 日　から　まで　日数　日	
7 装具等の装着について指示を受けた日	(平成) 年 月 日	
8 療養に要した費用の額	25,000 円	
9 診療の内容	右膝用装具の装着	
10 療養費の支給申請の理由	5　5. 治療用装具を作成したため	

様式番号

全国健康保険協会 協会けんぽ　2/2

5 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。



6 治療用装具を装着した日をご記入ください。
(例)
「装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日
※「弾性着衣」および「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 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

8 領収書に記載されている金額をご記入ください。

次ページに療養費の支給要件等について案内があります。

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

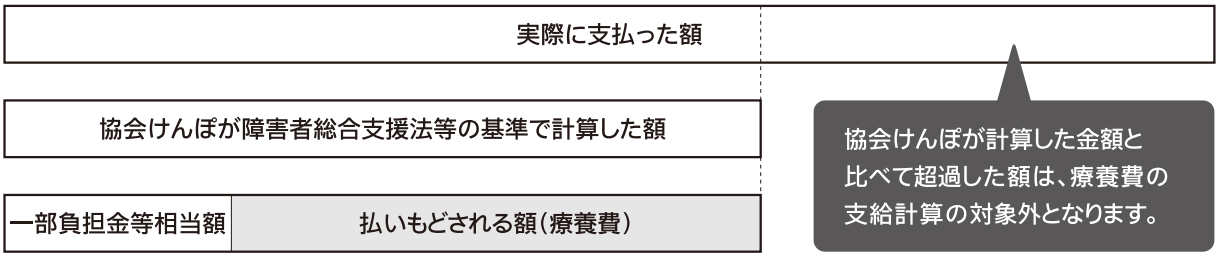
治療用装具が療養費の支給対象となるのは、次のような場合などです。

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（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（眼鏡代等を全額負担したとき）
※治療用眼鏡等の更新の場合は、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、協会けんぽ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（実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額）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、協会けんぽ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、協会けんぽが計算した額の範囲で療養費が支給されます。



ご存知ですか？

治療用装具を購入したという場合以外にも、やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、協会けんぽがやむを得ないと認めたときに療養費として支給します。
この場合の支給申請は、療養費支給申請書（立替払等）をご使用ください。

1 就職後、保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき

2 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず健康保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき

3 協会けんぽの加入期間に、資格がなくなった他の保険者の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき

4 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため、療養費を請求する必要はありません。）