健康保険 療養費支給申請書（治療用装具、立替払等）

被保険者記入欄

記号・番号	－	事業所名			
受診者氏名		生年月日	□昭和 □平成　年　月　日 □令和	続柄	
申請区分 該当に☑ ※添付書類 下記参照	□ ①治療用装具を作成したため　□a.装具　□b.眼鏡　□c.弾性着衣　□その他（　　） □ ②誤って他の保険者の資格確認書（保険証）を使用したため □ ③手続き中により資格確認書（保険証）を受け取っていなかったため □ ④緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなったため □ ⑤その他（　　）				
発病または負傷の原因 ※不明な場合はおおよそで構いません ※空欄、不明だと受理不可	傷病名		発症または負傷年月日	令和　年　月　日	
	どこで				
	何をしていて				
	確認事項 該当に☑	労災(業務上や通勤中)によるものですか？ はい □　いいえ □ 労災申請の場合は労基署名(　　)		第三者の行為によるものですか？ はい □　いいえ □ 「はい」は負傷原因届の添付が必要	
医療機関など支払先の名称				支払った金額　円	

上記のとおり請求します。
また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。（給与と併せて支給／支給日：事業所の給与支給日）

令和　年　月　日　住 所 〒

氏 名

TEL

※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください

添付書類

【注意】申請は1件につき1枚必要です。複数月や支払先が複数の場合は分けて申請してください。

①治療用装具を作成したため
- □ 治療用装具等作成に関する領収書の原本（内訳の記載があるもの）
- □ a.治療用装具･･･医師の「意見書および装具装着証明書」の原本
- □ a.治療用装具写真貼付台紙　※靴型装具とそれに準じる場合は必要
- □ b.治療用眼鏡･･･医師の「眼鏡等作成指示書」の原本
- □ c.弾性着衣･････医師の「弾性着衣等装着指示書」の原本

②誤って他の保険者の保険証を使用したため
- □ 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
- □ 医療費を返還した保険者から交付された診療(調剤)報酬明細書（レセプト）

③手続き中により資格確認書（保険証）を受け取っていなかったため
④緊急やむを得ず受診し資格確認書（保険証）を持っていなったため
- □ 受診時の領収書の原本
- □ 医療機関が証明した診療(調剤)報酬明細書（レセプト）※会計時に受け取る診療(調剤)明細書ではありません

健保組合		
決裁	処理	

健保受付

事業所	
責任者	担当者

TGK 2025.12