

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

治療用装具を購入、装着した時	・領収書（装具の名称、種類及び内訳別の費用額、義肢装具士の氏名、 オーダーメイドまたは既製品別（既製品の場合は製品名・メーカー名）が記載されたもの） ・医師の「治療用装具製作指示装着証明書」 ・靴型装具の申請の場合、当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）
9歳未満の治療用眼鏡や コンタクトレンズを購入した時	・領収書（対象者名・治療用眼鏡等の記載があるもの） ・眼科医の治療用眼鏡等の「作成指示書」
弾性着衣等を購入した時	・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もの） ・医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」

※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。

長期にわたり使用する装具は、健康保険の支給対象とならないことがあります。（障がい者の方は、障害者総合支援法による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にご確認ください。）

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。				
		1111	1234567					
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ					
			健保 太郎	〇〇〇〇@x.x.x.co.jp				
	住所	(〒	123	—	4567	)		
		東京都〇〇区〇〇1-2-3						
	電話番号 (日中の連絡先)	× × × - × × × - × × ×					本人確認のため、必ず自署 (手書き)してください。 (エクセルへの入力不可)	

委 任 状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		2026 年 6 月 10 日	
	※ 社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。		被保険者氏名	
	※ 任意継続被保険者の方は、記入は不要です。		自署してください 健保 太郎	

退 職 者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください。					
	金融機関名称	ご退職後、任意継続に加入されない場合は、 口座情報を記入してください。			☐ 農協 ☐ その他 ()	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所
	預金種別	普通	銀行コード		支店コード	
	口座番号 (左づめ)		口座名義 (カタカナ)			

申 請 内 容	1.受診者	☐ 1.被保険者 ☒ 2.家族（被扶養者）				
	1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎			
	2.傷病名	医師から診断された傷病名を ご記入ください。		左アキレス腱断裂	3.発病または 負傷年月日	2026 年 3 月 1 日
	4.発病の原因および経過 (詳しく)	☐ 1.病 気 ☒ 2.ケ ガ		(ケガの原因および経過) サッカーの部活中に単独で転倒し、負傷 ケガの場合、 発症に至る原因および経過を できるだけ詳しく、ご記入ください。		
	5.診療を受けた医療機関等の	名称		〇〇病院 〇〇 〇〇		
	6.診療を受けた期間	2026 年 3 月 15 日		2026 年 5 月 1 日まで		
今回の申請に対して診療を 受けた期間をご記入ください。		年 月 日から		年 月 日まで		

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印