健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具） 被保険者（申請者）記入用

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 1 0 0 ／ 番号 5 5 5 5 5	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和　年 0 1 月 0 5 日 1 0
本籍会社名	記号が7から始まる方は記入の必要はありません 健保組合株式会社	電話番号（日中の連絡先）	TEL　０３（１１１１）２２２２

申請内容

1 受診者	2　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	健保　花子	生年月日 ☑ 昭和 □ 平成 □ 令和　58 年 10 月 1 日
2 傷病名	右関節靭帯損傷	3 発病または負傷年月日	令和 6 年 12 月 5 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）休日にバスケットをしていた際に右足を捻って受傷した。 2. ケガ　相手がいない事故 ➡「負傷原因届」を併せてご提出ください。 相手がいる事故 ➡「第三者行為による傷病届」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△ー△	
6 装具等の装着について指示を受けた日	（令和）年 0 6 月 1 2 日 1 0	7 装具装着日	（令和）年 0 6 月 1 2 日 1 0
8 療養に要した費用の額	２５，０００ 円		
9 診療の内容	1　1. 治療用装具　2. 治療用眼鏡　3. 弾性着衣　4. その他（　　）		

本人同意欄

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和 7 年 1 月 7 日

オリックスグループ健康保険組合　理事長殿

被保険者氏名（自署）　健保　太郎

退職者欄

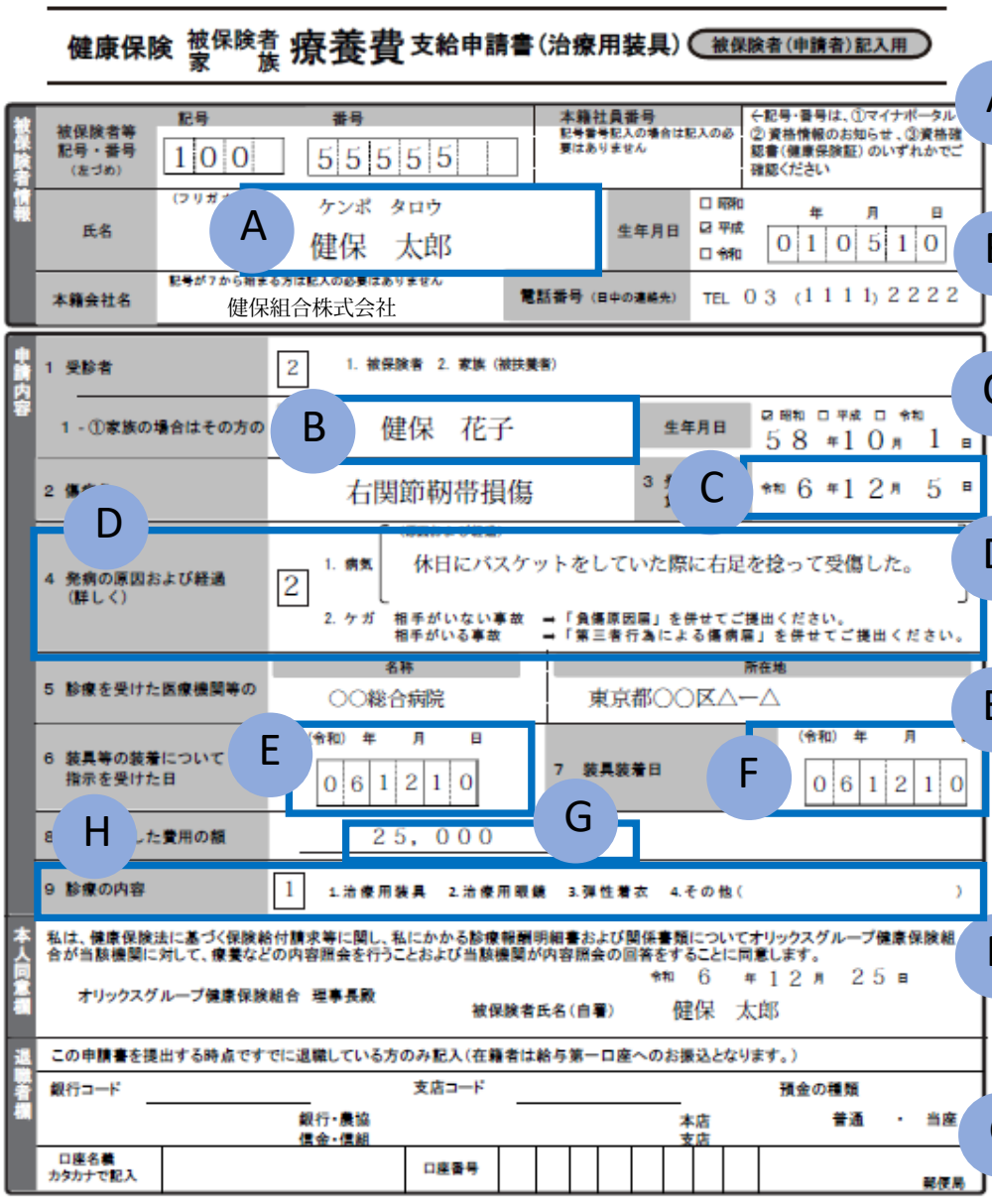
この申請書を提出する時点ですでに退職している方のみ記入（在籍者は給与第一口座へのお振込となります。）

銀行コード	銀行・農協 信金・信組	支店コード	本店 支店	預金の種類　普通 ・ 当座
口座名義 カタカナで記入		口座番号		郵便局

常務理事	事務長	担当

受付日付印

療養費支給申請書（治療用装具）の記入の注意点



健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具） 被保険者（申請者）記入用

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 100 番号 555555	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル ②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和 年 月 日 01 05 10
本籍会社名	記号が7から始まる方は記入の必要はありません 健保組合株式会社	電話番号（日中の連絡先）	TEL 03 (1111) 2222

申請内容

1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
1-①家族の場合はその方の	健保 花子 生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 58年10月1日
2 傷病名	右関節靭帯損傷 3 発病年月日 令和 6年12月5日
4 発病の原因および経過（詳しく）	2 1. 病気 休日にバスケットをしていた際に右足を捻って受傷した。 2. ケガ 相手がいない事故 ➡「負傷原因届」を併せてご提出ください。 相手がいる事故 ➡「第三者行為による傷病届」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△ー△
6 装具等の装着について指示を受けた日	（令和） 年 月 日 06 12 10
7 装具装着日	（令和） 年 月 06 12 10
8 ［illegible］た費用の額	25,000
9 診療の内容	1 1.治療用装具 2.治療用眼鏡 3.弾性着衣 4.その他（ ）

本人同意欄

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。

オリックスグループ健康保険組合 理事長殿　令和 6 年 12 月 25 日　被保険者氏名（自署） 健保 太郎

退職者欄

この申請書を提出する時点ですでに退職している方のみ記入（在籍者は給与第一口座へのお振込となります。）

銀行コード	支店コード	預金の種類	
銀行・農協 信金・信組	本店 支店	普通 ・ 当座	
口座名義 カタカナで記入	口座番号	郵便局	

常務理事	事務長	担当	受付日付印

A 被保険者名をご記入ください。
※受診者が被扶養者（家族）であっても、申請者は被保険者となります。

B 受診者が被扶養者（家族）の場合はご記入ください。（受診者が被保険者の場合は記入不要）

C 日付について
けがの場合は「負傷日」、けが以外の場合は「発病日または療養開始日」

D 業務による負傷の場合、治療費の対象外となります。事業所人事にお問合せください。

E （例）
・小児弱視等に係る眼鏡等の場合
作成指示書に記載されている作成指示があった日
・弾性着衣の場合
装着指示書に記載されている装着指示があった日
※コルセットの場合は記入不要

F （例）
・コルセット等の場合」および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」「小児弱視等に係る眼鏡等」の場合は記入不要

G 領収書（領収明細書）に記載されている金額を記入してください。

H 治療上必要なものに限ります。（予防用装具は対象外です。）

共通事項

- 領収書・医師の意見書などの添付書類は原本を添付してください。（治療用眼鏡の添付書類の「眼鏡等作成指示書」「資料等の検査結果コピー」以外は原本の添付が必要です。）
- 申請書及び添付書類（領収書や証明書等）はすべて健保所有情報となり不要な書類が添付されていても返却することができなくなりますのでご了承ください。
- 健康保険組合への申請後、自治体の助成を受ける等の理由で必要となる場合は、あらかじめコピーをとって保管いただくか、「原本証明希望」等付箋をつけご提出ください。

治療用装具の場合

- 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。
- 治療用装具の申請において、領収書に装具の内訳が記載されていない場合は、装具金額の内訳が確認できる明細書を添付してください。さらに、治療用装具が靴型装具の場合は、装具の現物写真を添付してください。

治療用眼鏡の場合

- 治療用眼鏡の申請において、「眼鏡作成指示書」に視力等の検査結果が記載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。