

健康保険 被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】

※提出先は各事業所担当者です

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 <b>10</b>	番号 <b>1234</b>	所属事業所及び部署名	<b>〇〇株式会社 〇〇支店</b> 電話(内線) <b>03-1234-5678 (999)</b>
	氏名	フリガナ <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>		生年月日	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> <b>60</b> 年 <b>5</b> 月 <b>10</b> 日 平成
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒 <b>123-4567</b> <b>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 ΔΔマンション456号室</b> 電話 <b>03 (7891) 2345</b>			
	社員番号	<b>1234567</b>		メールアドレス	<b>〇〇ΔΔ@〇〇〇.ne.jp</b>

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">家族(被扶養者)</span>	受診者氏名	<b>健保 花子</b>		
	傷病名	<b>右上腕骨折</b>		受診者の生年月日	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> <b>61</b> 年 <b>6</b> 月 <b>15</b> 日 平成	
	発病の原因および経過	<b>自宅の階段から落ちて骨折した</b>		発病または負傷年月日	令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>9</b> 日	
	診療を受けた医療機関名称	<b>〇〇医院</b>		診療を受けた医療機関住所	<b>福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇</b>	
	診療を受けた期間	令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>10</b> 日から 令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>15</b> 日まで	<b>2</b> 日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日
	治療用装具等費用	<b>28,000</b> 円		治療用装具等装着日	令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>15</b> 日	
	診療の内容	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">1.</span> 治療用装具の装着 2. 治療用眼鏡等の作成 3. その他( )				
交通事故等第三者が原因ですか	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> ・ はい		第三者が原因の場合はその状況			

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本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。		←該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>20</b> 日	
	被保険者(申請者)	氏名	<b>健保 太郎</b>	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名			

振込先情報	金融機関名称	<b>〇〇〇</b>	店番号	<b>123</b>
	預金種別	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> 当座	<b>ケンボ タロウ</b>	

任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。  
任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。

■添付書類

【治療用装具の場合】

1. 医師の証明書・指示書または診断書(原本)
2. 領収書(原本)
3. 装具装着確認書(作製した装具の写真)

1. 医師による治療用眼鏡等の作成指小書等
2. 患者の検査結果
3. 領収書(原本)

受付日付印