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	被保険者等の記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和・平成　６０ 年 ５ 月 １０ 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123－4567 東京都○○区○○町１－２－３　△△マンション４５６号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)	受診者氏名	健保　花子
	傷病名	右上腕骨折	受診者の生年月日	昭和・平成　61 年 6 月 15 日
	発病の原因および経過	自宅の階段から落ちて骨折した	発病または負傷年月日	令和 2 年 4 月 9 日
	診療を受けた医療機関名称	○○医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県○○市○○町○－○-○
	診療を受けた期間	令和 2 年 4 月 10 日から 令和 2 年 4 月 15 日まで　2 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	28,000 円	治療用装具等装着日	令和 2 年 4 月 15 日
	診療の内容	1. 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	いいえ・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	☑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。 □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。		←該当するものにチェック☑して下さい。 令和 2年 4月 20日	
	被保険者(申請者)	氏 名	健保　太郎	
	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	○○○	店番号	123
	預金種別	普通・当座　その他		ケンポ　タロウ

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示書等
2. 患者の検査結果
3. 領収書(原本)

受付日付印