

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】
被扶養者

| | | | | | |
|--------|----------------------------|------|----|------------|----------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 記号 | 番号 | 所属事業所及び部署名 | 電話(内線) |
| | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先) | 〒 | | | 電話 () |
| | 社員番号 | | | メールアドレス | |

| | | | | | |
|------|----------------|--|---|----------------------|--------------------------|
| 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 | |
| | 傷病名 | | | 受診者の生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 発病の原因および経過 | | | 発病または負傷年月日 | 平・令 年 月 日 |
| | 診療を受けた医療機関名称 | | | 診療を受けた医療機関住所 | |
| | 診療を受けた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 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 |
| | 治療用装具等費用 | 円 | | 治療用装具等装着日 | 令和 年 月 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 | | 業務上、通勤途上によるものですか | いいえ ・ はい |

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

※在職者は、委任状欄に記入してください。

| | | |
|-----|---|----|
| 委任状 | <input 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☑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 年 月 日 | |
| | 被保険者(申請者) | 氏名 |
| | 代理人(実際に給付を受領する者) | 氏名 |

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

| | | | | | |
|-------|---------|------------------|------|------------|----------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | | | 支店コード | |
| | 金融機関名称 | | | 銀行 信用金庫 | 本店 支店 |
| | 預金種別 | 普通 当座 その他 () | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) | |

■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(作製した靴型装具の写真)

【治療用眼鏡等の場合】

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)

| | | |
|----|--|--|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) | |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 | |

受付日付印