

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】

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 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 ●●年●●月●●日 平成
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町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	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・ <u>家族(被扶養者)</u>	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 ●●年●●月●●日 平成	
	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	●●年●●月●●日	
	診療を受けた医療機関名称	〇〇医院		診療を受けた医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から●●日 令和●●年●●月●●日まで	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●●日 令和●●年●●月●●日まで		
	治療用装具等費用	28,000 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	<u>いいえ</u> はい		業務上、通勤途上によるものですか	<u>いいえ</u> はい		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	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		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	<u>普通</u> 当座 その他 ()	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

■添付書類

【治療用装具の場合】

- 医師の証明書・指示書または診断書(原本)
- 領収書(原本)
- 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】

- 医師による治療用眼鏡等の作成指示書等
- 患者の検査結果
- 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)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

受付日付印