

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 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		第三者が原因の場合はその状況	

※在職者の方は事業主を経由して振り込まれます。以下の委任状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。		
	日付	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	

※退職者・任意継続被保険者の方は以下の振込先情報に記入してください。

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		信用金庫		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