

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】

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	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 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 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	平・令 31年 4月 10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 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
	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	<u>いいえ</u> ・ 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☑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 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	〇〇〇	店番号	123
	預金種別	<u>普通</u> 当座	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(作製した装具の写真)

- 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)		受付日付印
	※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 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。		

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。