

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

個人番号（被保険者等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

被保険者情報	被保険者等の記号番号	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
	住所	〒			
	社内携帯番号	() -		電話番号	() -

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 日
	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。						

※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				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】

- 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(写しでも可)
- 患者の検査結果(写し、1. に視力等の検査結果があれば不要)
- 領収書(原本)