

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】

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	○○○株式会社 ○○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 ●●年●●月●●日
	住所	〒123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション		※健保事務処理センター（03-6709-8031）より申請内容について電話確認をする場合がありますので必ずご記入ください。	
	社内携帯番号	(000)0000-0000			

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	健保 花子	
	傷病名	右上腕骨折		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	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	○○医院		診療を受けた医療機関住所	福岡県○○市○○町○-○-○
	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	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	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	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	普通 当座 その他 ()	口座番号	1234567	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）

トップグループ健康保険組合 ●市区町村等に領収書等を提出する必要