

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<br>●●  | 番号<br>×××× | 所属事業所及び部署名     | 〇〇株式会社 〇〇支店<br>電話(内線) 03-1234-5678(999) |
|        | 氏名                 | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎   |            | 生年月日           | 昭和<br>平成 ●●年●●月●●日                      |
|        | 申請者住所電話番号等(日中の連絡先) | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室<br>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<br>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   | 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<br>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<br>令和●●年●●月●●日まで        | 日                  |  |
|      | 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<br>②. 治療用眼鏡等の作成<br>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<br>※「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の第一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  | ●●                      | <u>銀行</u><br>信用金庫 | ●●<br><u>本店</u><br><u>支店</u> |              |
|       | 預金種別    | <u>普通</u> その他<br>当座 ( ) | 口座番号              | 1234567                      | 口座名義人名(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
- 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<br>②運転免許証またはパスポートの写し      |  |

受付日付印