

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
	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 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	

※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 其他 当座 ()	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(作製した靴型装具の写真)

【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	

受付日付印