

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	2 2 7	番号	3 5 0	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 8	4	5
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎					
	住所	(〒 332 - 0035)	埼玉 都道府県	川口市西青木	〇-〇-〇			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 048 (258) ΔΔΔΔ							

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関名称	銀行コード: 0017	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	支店コード: 357	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	9 8 7 6 5 4 ◇	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分
	ケンポ・タロウ				

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人(健保口)の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(健保口情報)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	<p>上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入ください。</p>		
	氏名	(フリガナ)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

本申請に	当組合が本申請に関わる機関(医療機関・前加入保険者等)へ	健保 太郎	受付日付印
<p>下記の書類を添付の上、ご申請ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医の作成指示書等および検査結果 (写し可) ・眼鏡購入の領収書 (原本) 			
組合			1/2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	取得日または認定年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29年 3月 3日	
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健保 組子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29年 3月 3日	
	2 傷病名	両屈折弱視	3 発病または負傷年月日	平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 3年 4月 5日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 医師に両屈折弱視と診断され、要治療のため。 <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	5 装具作成の診療を受けた医療機関等の	名称 鳩ヶ谷総合病院	所在地 川口市南鳩ヶ谷◇一◇	診療した医師等の氏名 下河 健	
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 3 4 5	から	年 月 日 3 4 6
	7 装具等の装着について指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 3 4 6	8 装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 3 4 8
	9 療養に要した費用の額	※装具購入代金を記入ください。 15,600 円		10 装具購入日(領収書の日付)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 3 4 8
	11 診療の内容	※どのような診療を受けたかを記入ください。			
	12 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため			

申請時に右記の書類を添付してください。 ※添付を確認し、チェックしてください。	治療用装具	小児弱視等の治療用眼鏡
	<input type="checkbox"/> 1. 医師の証明書・意見書(原本) <input type="checkbox"/> 2. 装具購入の領収書および明細書(原本) <input type="checkbox"/> 3. 購入した装具の写真(※弾性装具の場合は不要)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 保険医の作成指示書等および検査結果(写し可) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 眼鏡購入の領収書(原本)