

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	被保険者証の (右づめ)	記号 2 2 7	番号 3 5 0	生年月日 年 月 日 <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 川口市西青木 府 県 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 名称: 埼玉りそな	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	支店コード: 357 名称: 川口	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 45 健保 太郎	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。) ケンポ ° タロウ			口座名義の区分

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

「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。 氏名 住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ	令和 年 月 日
	代理人 (健保口情報)	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。 住所 (フリガナ) 氏名	

「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"> <li>・保険医の作成指示書等および検査結果 (写し可)</li> <li>・眼鏡購入の領収書 (原本)</li> </ul>			
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)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

健保 太郎

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名 (フルネーム) を記入してください。

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 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	
	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	
	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)	1. 病気 (原因および経過) <b>医師に両屈折弱視と診断され、要治療のため。</b> 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	所在地	診療した医師等の氏名		
		鳩ヶ谷総合病院	川口市南鳩ヶ谷◇一◇	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	から	年 月 日	まで 日数
			3 4 5		3 4 6	2 日
	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	8 装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			3 4 6			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。		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
		15,600 円				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	5 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

- 1. 医師の証明書・意見書 (原本)
- 2. 装具購入の領収書および明細書 (原本)
- 3. 購入した装具の写真 (※弾性装具の場合は不要)

小児弱視等の治療用眼鏡

- 1. 保険医の作成指示書等および検査結果 (写し可)
- 2. 眼鏡購入の領収書 (原本)