

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡 等】
被扶養者

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 ()			
				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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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。	

振込先情報	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入)									
	注) 口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、記入口座を優先させていただきます。									
	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	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. 靴型装具の場合: 現物の写真

【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※1に記載のある場合は省略可
3. 領収書(原本)

受付日付印