

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		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)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
				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 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 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	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 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	<u>いいえ</u> 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	<u>いいえ</u> 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	1234		支店コード	123
	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	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンポタロウ

■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)
- 靴型装具の場合: 現物の写真

【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※1に記載のある場合は省略可
- 領収書(原本)

受付日付印