

健康保険 被保険者
家族 療養費支給申請書
(治療用装具)

常務理事	事務長	担当者	事業所担当者

記入例

支給決定印

記入方法については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の	記号 92	番号 123456	生年月日 昭和 平成 00 05 05
	氏名・印	ふりがな あじの たろう 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 味野 太郎 (印)	個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	
	住所	〒 105-0000 東京 都府県 港 市区郡 00 1-1 00マンション101 電話 03-xxxx-xxxx		

申 請 内 容	①受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	①-1 被扶養者の場 合は、その方の	氏名 味野 二郎	生年月日 昭和 平成 令和 00 09 15	続柄 子
	②傷病名	弱視	③発病または 負傷年月日 平成 00 08 20	
	④発病の原因 および経過	1. 病気 2. ケガ (原因および経過) 不詳 ※ケガの場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
	⑤診療を受けた 病院等の	名称 〇×眼科	所在地 東京都〇〇区〇〇	診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
	⑥診療の期間(支給期間)	入院・入院外の別 1. 入院外 2. 入院	⑥-1入院の場合、左記の入院期間 日数 1 日	⑦装具等の装着の指示を受けた日 平成 00 08 18
	⑧診療に要した費用の額	⑨診療の内容 眼鏡による矯正	⑩療養費の支給申請の理由 治療用装具を作成したため	
	31,000 円			
	現物の写真(「写真貼付台紙(K-1b-1)」に貼付)		現物の写真をメールで送信いただく方	メール送信日: 令和 年 月 日

添付書類につきましては、裏面に記載してあります。

支給印

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印