

★被保険者（社員）の情報を記載するページ 赤枠の中を全て記載してください  
 ★治療用眼鏡を作ったお子様ごとに作成してください

小児弱視等の  
治療用眼鏡

記号  
 AC : 1  
 AT : 16  
 AYF : 19  
 AK : 24  
 AKT : 26  
 ATC : 27  
 AKAM : 28  
 AKHM : 29  
 AKEP : 30  
 TACO精機 : 31  
 AKE : 32

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用具) 1 2  
 被保険者(申請者)記入用

記号 番号 生年月日 年 月 日  
 昭和  平成 6 1 0 3 2 5

被保険者証の(右づめ) 1 1 2 3 4 5

(フリガナ) ケンポ タロウ  
 氏名・印 健保 太郎

住所 (〒 110 - 0001) 東京 都道府県 港区浜松町●丁目●●-●●

電話番号(日中の連絡先) TEL XX ( XXXX ) XXXX ※ご自宅の住所を郵便番号から記載

家族に○をしてください

番号 資格情報のお知らせ/資格確認書/マイナポータル 等でご確認ください。

※被保険者（社員）の名前・生年月日・住所・TEL を記載してください

以下の委任の手続きを行ってください。  
 事業主が代理人となりますので被保険者（社員）欄へ署名・押印ください。  
 （押印省略不可）  
 任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。  
 支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

※社員は2を選択

口座名義の区分 2

1. 申請者  
2. 代理人

受取代理人の欄

被保険者(申請者) 氏名・印 健保 太郎 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

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 7 年 5 月 30 日

代理人(口座名義人) 住所 ※青枠内※ 会社 記入欄 委任者と代理人との関係  
 氏名・印 会社の健保担当者へご提出ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

(01.5)

備考欄 ※緑枠内※ 記載不要です

受付日付印

人事・業務担当者	健保使用欄		
	常務理事	事務長	担当者

★治療用眼鏡を作ったお子様の情報を記載するページ 赤枠の中を全て記載してください  
 ★治療用眼鏡を作ったお子様ごとに作成してください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(治療用器具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請者(社員)の氏名

申請内容

1 受診者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

治療用眼鏡を作ったお子様の氏名と生年月日を記入

1-①家族の場合はその方の

氏名

健保 桃太

生年月日

昭和  平成  令和

1 年 7 月 15 日

2 傷病名

弱視、斜視 など

3 発病または  
負傷年月日

令和 6 年 3 月 10 日

医師に診断された病名を記載

診断された日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

●歳の頃からだんだん視力が悪くなり、眼科へ行ったところ弱視と診断された。  
視力の矯正のため治療用眼鏡を作成することとなった。 など

症状に気付いた状況をなるべく詳細に記載

ガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

病院の情報を記載

5 診療を受けた医療機関等の

名称

●●●●●病院

所在地

××県××町1-2-3

診療した医師等の氏名

井者 治郎

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6.診察を受けた期間の終わりの日付は、  
現在も治療中の場合は空欄で可です。

期間中、実際に病院で受診した日数

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日 から 年 月 日

0 7 0 5 1 5

から

0 7 0 5 3 1

まで

日数

3

日

6-①上記の期間に  
入院していた場合は  
その期間

※入院していない場合は空欄

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

0 7 0 5 1 3

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

※装着日は空欄で可

医師が治療用眼鏡作成の指示をした日

9 療養に要した費用の額

52,000

円

治療用眼鏡の領収書の金額を記載

10 診療の内容

医師の診察や視力測定、治療用眼鏡の作成指示を受けた など

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用器具を作成したため

どんな治療を受けたか  
分かる範囲で記載

※ 装具申請の際には、装具の写真を添付してください。  
多方向から3枚以上(装着しているところ及び横から、上から、下から等)、  
メーカー名がある場合はわかるように撮影してください。  
小児用眼鏡は1枚のみ添付ください。