

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】

|        |                             |                                                                 |            |                |                                          |
|--------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------|----------------|------------------------------------------|
| 被保険者情報 | 被保険者等<br>記号番号               | 記号<br>●●                                                        | 番号<br>×××× | 所属事業所<br>及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店<br>電話(内線) 03-1234-5678(999) |
|        | 氏名                          | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎                                           |            | 生年月日           | 昭和<br>平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日                  |
|        | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室<br>電話 03 ( 7891 ) 2345 |            |                |                                          |
|        | 社員番号                        | 1234567                                                         |            | メールアドレス        | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp                           |

|                        |                                |                                                 |                              |                                |                         |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 申請内容                   | 受診者<br>(該当に○)                  | 本人(被保険者)・家族(被扶養者)                               | 受診者氏名                        | 健保 花子                          |                         |
|                        | 傷病名                            | 右上腕骨折                                           |                              | 受診者の<br>生年月日                   | 昭和<br>平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日 |
|                        | 発病の原因<br>および経過                 | 自宅の階段から落ちて骨折した                                  |                              | 発病または<br>負傷年月日                 | ●● 年 ●● 月 ●● 日          |
|                        | 診療を受けた<br>医療機関名称               | 〇〇医院                                            |                              | 診療を受けた<br>医療機関住所               | 福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇          |
|                        | 診療を受けた<br>期間                   | 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日から<br>令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日まで ●● 日 | 左記の期間に入院を<br>していた場合はその<br>期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで       | 日                       |
|                        | 治療用装具等<br>費用                   | 28,000 円                                        |                              | 治療用装具等<br>装着日                  | 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日       |
|                        | 診療の内容                          | ①. 治療用装具の装着<br>②. 治療用眼鏡等の作成<br>③. その他( )        |                              |                                |                         |
| 交通事故等<br>第三者が原因<br>ですか | いいえ・はい<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |                                                 | 業務上、通勤途上<br>によるものですか         | いいえ・はい<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |                         |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

|     |                               |     |  |          |
|-----|-------------------------------|-----|--|----------|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 |     |  | 令和 年 月 日 |
|     | 被保険者(申請者)                     | 氏 名 |  |          |
|     | 代理人<br>(実際に給付を受領する者)          | 氏 名 |  |          |

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

|       |         |                |      |             |                |        |
|-------|---------|----------------|------|-------------|----------------|--------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234           |      | 支店コード       | 123            |        |
|       | 金融機関名称  | ●●             |      | 銀 行<br>信用金庫 | ●● 本店<br>支店    |        |
|       | 預金種別    | 普通 ①<br>当座 ( ) | 口座番号 | 1234567     | 口座名義<br>(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)
- 装具装着確認書(作製した靴型装具の写真)

【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
- 領収書(原本)

|    |                                                      |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------|--|--|--|
| 備考 | 個人番号(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)                         |  |  |  |
|    | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 |  |  |  |
|    | ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し<br>②運転免許証またはパスポートの写し      |  |  |  |

受付日付印