

## 健康保険

## 療養費

## 支給申請書

(治療用装具・小児治療用眼鏡)

※靴型装具の場合は装具の写真が必要です。

申請日 年 月 日

被保険者	被保険者証の記号		被保険者証の番号		従業員番号			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日
	氏名	(フリガナ)					事業所						
	住所	〒 - TEL - - -											
チェック印を入れてください。													
<input type="checkbox"/> 以下のとおり相違ありません。TOYO TIRE健康保険組合が医療機関等に対して内容照会を行うこと、 および当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。													

下記のとおり療養費の支給を申請します。

申請内容	受診者 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	被保険者との続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	
	傷病名					発症または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	
診療を受けた医療機関等	名称					診療した医師等の氏名						
	所在地											
診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	治療に要した費用の額 第三者行為によるときは その事実		円							
療養費の支給申請の理由	※装具：発病・負傷の理由、装具作成の目的等（詳しく記入）											

事業主証明欄	この申請書の内容が正しいことを証明します。 委任を受けた給付金の受領は貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。					令和 年 月 日
						事業所所在地
						事業所名称
						事業主氏名

【添付書類】 円滑な事務手続きが進むよう、添付書類が揃っているか、提出前にご確認ください。

- 医師の「意見書および装具装着証明書」(原本)
- 装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書(原本)
- 検査書（小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズの場合）  
「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写し
- 「靴型装具写真貼付台紙」(別紙)に当該写真を貼付のうえ提出（靴型装具は写真必須。小児用眼鏡・弾性着衣等は写真不要）

健保記入欄	常務理事	事務長	担当者	支給金額		健保受付印
				円		
	支給期間 年 月 日から 年 月 日迄 日間					
備考						