

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☑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 日間	治療に要した費用の額		円									
	令和 年 月 日 まで	第三者行為によるときは その事実		<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する(別途届出が必要)										
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。	令和 年 月 日
	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。	事業所所在地
	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。	事業所名称
	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。	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
							円
	支給期間 年 月 日から 年 月 日迄 日間						
備考							

健 保 受 付 印