

支給額	円
-----	---

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号 — 番号	生年月日	年 月 日
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	(〒 — )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左つめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 — ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

2ページに続きます。>>>

受付日付印
-------

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)  
家 族

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日	8 装具装着日	(令和) 年 月 日
	9 療養に要した費用の額	円		
	10 診療の内容			
11 療養費の支給申請の理由	1. 治療用装具を作成したため 2. 小児治療眼鏡を作成したため 3. その他 ( )			

【添付書類】

- ・ 医師の作成指示書 (証明書) 原本
  - ・ 装具の領収書原本 (領収書の返却を希望される場合はその旨明記してください)
- ※小児治療用眼鏡の場合、検査数値を証明する書類も必要となります。  
(医師の作成指示書内に検査数値の記載があれば不要)