

健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】

■についてはプルダウンで選択してください

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲▲▲▲ 電話 XXX(XXXX)XXXX
	氏名	アガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年12月22日
	申請者住所電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号		電話	()
	社員番号	1234567		メールアドレス	●●@XXXXX

申請内容	受診者	本人(被保険者)		受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	右上腕骨折		受診者の生年月日	平成3年12月22日
	発病の原因および経過	自宅の階段から落ちて骨折した		発病または負傷年月日	令和5年11月20日
	診療を受けた医療機関名称	●●病院		診療を受けた医療機関住所	●●県XX市▲▲1-1-1
	診療を受けた期間	令和5年11月20日 から 10 日 令和5年11月30日 まで	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和5年11月20日 から 5 日 令和5年11月25日 まで	
	治療用装具等費用	30,000 円		治療用装具等装着日	令和5年11月23日
	診療の内容	① 治療用装具の装着 ② 治療用眼鏡等の作成 ③ その他()			
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

■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)

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

受付日付印