

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】
被扶養者

被保険者情報	被保険者証等 記号・番号	記号	番号	事業所名	電話(内線)			
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒			電話 ()			
	社員番号			メールアドレス				

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名				
	傷病名			受診者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病の原因 および経過			発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所				
	診療を受けた 期間	年 月 日から 年 月 日まで		左記の期間に入院 をしていた場合は その期間	年 月 日から 年 月 日まで			日
	治療用装具等 費用	円		治療用装具等 装着日	令和	年	月	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		その事実の届出の 有無	有 ・ 無			
第三者の氏名と住 所(不明の時は、 その旨)			第三者が原因の 場合はその状況					

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号	
		信用金庫		支店		
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

■添付書類

【治療用装具の場合】

1. 医師が証明した治療用装具製作指示装着証明書(原本)
2. 領収書(原本)
3. 装具作製確認書・作製した装具の写真

【治療用眼鏡等の場合】

1. 医師による治療用眼鏡等の作成指示書
2. 患者の検査結果
3. 患者本人の氏名記載の領収書(原本)

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印