

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	被保険者証の記号番号	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
	住所	〒			
	電話番号等(日中の連絡先)	電話	()	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
	発病の原因および経過			発病または負傷年月日	平成 令和
	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	日	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
	治療用装具等費用	円		治療用装具等装着日	令和
	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
	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	無

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	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. 医師の証明書・指示書または診断書(原本)
2. 領収書(原本)
3. 装具装着確認書(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等
2. 患者の検査結果
3. 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