

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用器具・治療用眼鏡等】

被保険者情報	被保険者証等 記号・番号	記号 1	番号 234	事業所名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話（内線） 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成	60年 4月 20日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 ΔΔマンション201号室			電話 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	社員番号	〇〇〇〇		メールアドレス	〇〇ΔΔ@〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・ <u>家族(被扶養者)</u>	受診者氏名	健保 花子		
	傷病名	右上腕骨折		受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 61年 6月 15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	平成 令和 4年 5月 10日	
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇医院		診療を受けた 医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	診療を受けた 期間	令和 4年5月10日から 令和 4年5月15日まで	2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 年 月 日まで	日
	治療用器具等 費用	28,000 円		治療用器具等 装着日	令和	4年 5月 15日
	診療の内容	①. 治療用器具の装着 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	<u>いいえ</u> ・ 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	〇〇〇	<u>銀行</u>	〇〇〇	本店	支店番号	123
	預金種別	<u>普通</u> 当座	その他( )	口座番号	1234567	<u>支店</u>	口座名義 (カタカナ) ケンポ タロウ

## ■添付書類

## 【治療用器具の場合】

- 医師が証明した治療用器具製作指示装着証明書(原本)
- 領収書(原本)
- 器具製作確認書・製作した器具の写真

## 【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
- 患者の検査結果
- 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