

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】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	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-▲▲▲▲-▲▲▲▲ (△△△)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	<u>昭和</u> 60年 4月 20日 平成
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室			
	電話番号等 (日中の連絡先)	電話 090 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇△△@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	<u>昭和</u> 平成 61年 6月 15日 令和	
	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 4年 5月 10日 <u>令和</u>	
	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
	治療用装具等 費用	28,000 円	治療用装具等 装着日	令和 4年 5月 15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	<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 信用金庫 <u>支店</u>	支店番号	1 2 3
	預金種別	<u>普通</u> 当座 その他( )	口座番号	0 1 2 3 4 5 6 口座名義 (カタカナ) ケンポ タロウ

■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