

健康保険 被保険者  
被扶養者 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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 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)・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">家族(被扶養者)</span>	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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 61年 6月 15日 平成 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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span>
	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
	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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> ・ 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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 〇〇〇 本店 信用金庫 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span>	支店番号	1 2 3
	預金種別	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> 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

【治療用器具の場合】

1. 医師が証明した治療用器具製作指示装着証明書(原本)
2. 領収書(原本)
3. 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】

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