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】

※消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報

被保険者等記号・番号	記号 1	番号 234	事業所名	○○○株式会社　○○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	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室 電話 090（○○○○）○○○○			
社員番号	○○○○		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

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	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	○○医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県○○市○○町○－○-○
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	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	

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

振込先情報

金融機関名称	○○○ 銀行／信用金庫	○○○ 本店／支店	支店番号	123	
預金種別	普通／当座　その他（　　）	口座番号	1234567	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）

受付日付印

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 ☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。

東和薬品健康保険組合

（2026.5.11）