


## 健康保険

被保険者  
家族

## 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日
	番号										
被保険者 氏名	フリガナ										
	〒										
被保険者 住所	電話 ( )										
療養が被扶 養者のとき は、その者 の氏名	フリガナ										
	続柄	生年月日			昭和 平成	年	月	日			
振込先口座  ※被保険者 (従業員)の 口座以外には 振込不可	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。										
	銀行 支店  No.										
	口座名義 (カナ)										
発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名						
	発病又は 負傷の原因 及び経過							第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい		
診療を受けた 医療機関	名称				診療を担当 した医師名						
	所在地										
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間				治療用装具等の費用
	至	年	月	日	日	入院外 入院	自令和 年 月 日	日間	至令和 年 月 日	※領収書を添付すること	円
治療用装具 等装着日	令和 年 月 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 ( )										

## 【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（作製した靴型装具の写真）

## 【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）

令和 年 月 日提出  
受付日付印