

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 1	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 1234			4	7	1			2	2	1	1	0	1
被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎													
被保険者住所	〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3 電話 03 (1234) 5678													
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄	妻		生年月日	昭和 平成	年	月	日					
					4	8	0	3	0	8				
振込先口座	<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。													
※被保険者(従業員)の口座以外には振込不可	三菱UFJ	銀行	港	支店	普通 当座	No.	1234567							
	口座名義(カナ) ケンポ タロウ													
発病又は負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名	左上腕骨折								
	●	●	●	●	●									
発病又は負傷の原因及び経過	自宅の階段から落ちて骨折した					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	O×△医院				診療を担当した医師名	健康 一郎							
	所在地	東京都港区中央 2-1-1												
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				診療に要した費用の額			
	至	年	月	日	1	入院外	自令和	年	月	日	日間	※領収書を添付すること		
		●	●	●		入院	至令和	年	月	日		28,000 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