

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】  
被扶養者

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ( )			
	社員番号			メールアドレス	

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						
	傷病名		受診者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	発病の原因 および経過				発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所					
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	左記の期間に入院 をしていた場合は その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	年	月	日
	治療用装具等 費用	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( )							
	交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ • はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ • はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称	銀行 信用金庫				本店 支店
	預金種別	普通 当座 その他 ( )	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

■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)

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