

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	〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	<b>昭和</b> ●●年●●月●●日 平成
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			
	社員番号	1234567	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)・家族(被扶養者)		受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	右上腕骨折		受診者の生年月日	<b>昭和</b> ●●年●●月●●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	●●年●●月●●日
	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●●年●●月●●日から●●日 令和●●年●●月●●日まで	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●●日 令和●●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●●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	<b>いいえ</b> ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	<b>いいえ</b> ・ はい

※受領委任する場合  
 本申請に基づく給付  
 被保険者(申請者)の口座へ  
 (実際に給付)

**被保険者以外の口座への給付を希望する場合は委任状欄をご記入ください。  
 基本的に被保険者(従業員)の口座への給付となります。**

振込先情報	金融機関コード	●●●	支店コード	▲▲▲
	金融機関名称	●●	<b>銀行</b> 信用金庫	▲▲ 本店 <b>支店</b>
	預金種別	<b>普通</b> その他 当座 ( )	口座番号	1234567 口座名義(カタカナ) ケンボ タロウ

■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)

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)	受付日付印
	※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	