

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 平成 年 月 日
	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 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	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
	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		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。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。		令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ②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。		
	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	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

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 本店 信用金庫 支店			
	預金種別	普通 口座番号	その他 ()	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)

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	

受付日付印

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】

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	昭和 ●●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 電話 03 (7891) 2345			
	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 花子	
	傷病名	右上腕骨折		受診者の生年月日	昭和 ●●年●●月●●日 平成
	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	
	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	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。	

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和 ●●年 ●●月 ●●日
	<input type="checkbox"/> ②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。	
	被保険者(申請者) 氏名	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する者) 氏名		

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください

振込先情報	金融機関コード		任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	
	金融機関名称			本店 支店
	預金種別	普通 当座 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)

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)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

受付日付印