

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】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業所名	株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和54年5月19日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3		電話	090 (〇〇〇〇) △△△△
	社員番号	××××		メールアドレス	××××@△△.co.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55年8月13日
	発病の原因 および経過	自宅階段から落ちて骨折した	発病または 負傷年月日	令和5年9月1日
	診療を受けた 医療機関名称	××整形外科クリニック	診療を受けた 医療機関住所	東京都 〇〇区 △△ 4-5-6
	診療を受けた 期間	令和5年9月1日から 令和5年9月30日まで 3 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
	治療用装具等 費用	15,000 円	治療用装具等 装着日	令和5年9月30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。	

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記にご記入ください。

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 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)

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