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	被保険者証等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		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			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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
	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。

委任状	**※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。**		
	□①本申請書の提出を事業主に委任します。		
	※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。		
	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。	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	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)

受付日付印