

健保組合 使用欄	支給決議			支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.	
	常務理事	事務長	担当者	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	備考
				小児用眼鏡等更新 <input type="checkbox"/>	前回付 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 5歳未満…1年以上経過 <input type="checkbox"/> 5歳以上…2年以上経過	
	資格喪失	昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日	給付割合	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割	支給金額	

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	記号・番号	1 1 -	生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)
	被保険者 (申請者) の住所	〒 - Tei ( ) -				
	申請が被扶養者に関するときはその者の	被扶養者 氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名				発病又は負傷年月日 (療養開始日)	昭和 平成 令和 年 月 日
	発病又は負傷の原因	<input type="checkbox"/> 工作中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 工作中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途中での傷病			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	昭和 平成 令和 年 月 日
	第三者の行為による 負傷であるとき	その事実の 届出の有無	有・無	加害者の氏名	第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
				加害者の住所		
	診療を受けた病院等の	名称		診療を担当した 医師の氏名		
		所在地				
	診療を受けた期間・日数	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	療養の給付を受ける ことができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着 <input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 <input type="checkbox"/> 9歳未満の小児弱視・斜視の治療用で眼鏡・コンタクトレンズを作製 <input type="checkbox"/> その他( )			領収書の金額	円
					装具・眼鏡等 購入日	令和 年 月 日

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。 令和 年 月 日提出  
マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

## 【添付書類】

## ※ 治療用装具に関する申請のとき

- ・装具が治療のため必要と認める旨が記載された「医師の証明書」(原本)
- ・装具作製にかかった費用が確認できる領収書(原本)
- ・靴型装具の場合は写真(インソールは靴から出して装具が見えるように写真を撮影してください)メール送信可

## ※ 保険証等不携帯による請求のとき

- ・医療機関等発行の診療内容のわかる「診療報酬明細書」(原本)
- ・診療にかかった費用が確認できる領収(明細)書(原本)

## ※ 9歳未満の小児弱視・斜視の眼鏡・コンタクトレンズの作製の申請のとき

- ・眼科医の「治療用眼鏡等」の作製指示書および患者の検査結果(原本)
- ・購入した「治療用眼鏡等」の領収書(原本)

※書類経路…被保険者(請求者)→健保組合

受付日付印