

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（申請者）	健康保険の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名（自署）	フリガナ						
	申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒 電話 （ ）						

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	平成 令和	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		第三者が原因の 場合はその状況				

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は ☒ 、希望しない場合は下記に記入）				
	金融機関名称	銀 行 信用金庫		本店 支店	支店番号
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	口座名義 （カタカナ）	

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※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個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	■治療用装具の場合 1. 医師の証明書・指示書または意見書（原本） 2. 領収書（原本） 3. 装具作成確認書（作成した装具の写真） ※くつ型装具のみ	■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の写し ※傷病名、検査結果等が明記されているもの 2. 領収書（原本）

受付日付印