

## 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<br>(申請者) | 健康保険の<br>記号番号              | 記号<br>1  | 番号<br>123456 | 生年月日 | 昭・平・令<br>55年 11月 22日 |
|               | 氏名(自署)                     | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎  |              |      |                      |
|               | 申請者住所<br>電話番号等<br>(日中の連絡先) | 〒 123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090 (1234) 〇〇〇〇 |              |      |                      |

|      |                        |  |                              |                               |
|------|------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|
| 申請内容 | 受診者<br>(該当に○)          | 本人(被保険者)・家族(被扶養者)                        | 受診者氏名                        | 健保 太郎                         |
|      | 傷病名                    | 右上腕骨折                                    | 受診者の<br>生年月日                 | 昭和<br>平成<br>令和<br>55年 11月 22日 |
|      | 発病の原因<br>および経過         | 自宅の階段から落ちて骨折した                           | 発病または<br>負傷年月日               | 平成<br>令和<br>6年 4月 1日          |
|      | 診療を受けた<br>医療機関名称       | 〇〇医院                                     | 診療を受けた<br>医療機関住所             | 福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇                |
|      | 診療を受けた<br>期間           | 令和 6年 4月 1日 から<br>令和 6年 4月 1日 まで 1日      | 左記の期間に入院<br>をしていた場合はそ<br>の期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで      |
|      | 治療用装具等<br>費用           | 12,000 円                                 | 治療用装具等<br>装着日                | 令和 6年 4月 10日                  |
|      | 診療の内容                  | 1. 治療用装具の装着<br>2. 治療用眼鏡等の作成<br>3. その他( ) |                              |                               |
|      | 交通事故等<br>第三者が原因<br>ですか | いいえ ・ はい                                 | 第三者が原因の<br>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 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を記入してください(※申請者が同一申請の場合下記に記入) |           |  |                |      |
|      | 金融機関名称   | 被保険者口座を記入 |  | 本店<br>支店       | 支店番号 |
|      | 預金種別   | 普通・当座     |  | 口座名義<br>(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)  |  | 受付日付印 |
|      | ※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。<br>①個人番号カード(両面)の写し<br>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<br>1. 医師の証明書・指示書または意見書(原本)<br>2. 領収書(原本)<br>3. 装具作成確認書(作成した装具の写真)<br>※くつ型装具のみ                          | ■治療用眼鏡等の場合<br>1. 医師による治療用眼鏡等の作成指示書等の写し<br>※傷病名、検査結果等が明記されているもの<br>2. 領収書(原本) |       |