健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）（治療用眼鏡）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報			
被保険者の	記号	番号	生年月日 昭和 平成 年 月 日
氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
住　所	〒　－		
電話番号	日中の連絡先 TEL　－　－		携帯 勤務先 自宅

振込先指定口座				
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協		支店 出張所 本店 代理店 支所	
預金種別	普通 当座	口座番号		
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)		口座名義の区分	申請者 代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄			
被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和　年　月　日 氏名　住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）	〒　－　TEL　－　－ 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係	

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

（R6.12）

組合使用欄	支給決定伺		資格取得	昭和 平成 令和　年　月　日	支給額	万 千 百 拾 円
伺			資格喪失	令和　年　月　日		
			扶養認定	昭和 平成 令和　年　月　日	眼鏡 初回 更新	眼鏡装着日・領収日 令和　年　月　日 更新（前回　年　月　日）
			装具	装具装着日・領収日 令和　年　月　日		

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）（治療用眼鏡）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	被保険者　家族（被扶養者）			
1-1家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日	
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
4 発病の原因および経過（詳しく）	病気 → 発病時の状況 ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください			
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
6 診療を受けた期間	平成 令和 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日	
6-1上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成 令和 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日	
7 装具等の装着について指示を受けた日	平成 令和 年 月 日	8 装具装着日	平成 令和 年 月 日	
9 療養に要した費用の額	万 千 百 拾 円			
10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	□ 治療用装具を作成したため □ 治療用眼鏡を作成したため			