健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（小児用眼鏡）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 123 番号 4567890	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
氏名	（フリガナ）ケンホ タロウ 健保 太郎	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 年 月 日 500511
住所	（〒 〇〇〇－〇〇〇〇 ） 東京 都 道 府 県 □□区 1－2－3－301	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 03 （1111 ）2222	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	□□□ 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	1234567
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。 ケンコウ タロウ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（小児用眼鏡）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

申請内容

1 受診者	2　2. 家族（被扶養者）		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	健保　花子	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 2 年 4 月 3 日
2 傷病名	小児弱視	3 発病または負傷年月日	令和 6 年 12 月 1 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	1　1. 病気	（原因および経過）視力機能向上のため治療用眼鏡を要する	
	2. 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：〇〇眼科	所在地：東京都〇〇	診療した医師等の氏名：〇〇医師
	名称：	所在地：	診療した医師等の氏名：
6 診療を受けた期間	（令和）年 月 日 061201 から 年 月 日 061201 まで	日数 1 日	
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	（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	（令和）年 月 日 061201		
8 装具装着日	（令和）年 月 日 061210		
9 療養に要した費用の額	10,000 円		
10 診療の内容	視力検査等		

添付書類

1.医師の治療用眼鏡等の作成指示書 ※医療機関にて発行されるもの（原本）

2.領収書（原本）

3.患者の検査結果（原本）