

健康保険  
被保険者  
家族

療養費

# 支給申請書 (小児用眼鏡)

被保険者(申請者)記入用

1 2

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号	123	番号	4567890	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和				
	氏名・印	(フリガナ)	ケンホ° タロウ	健保 太郎	印	<input type="checkbox"/> 平成	500	901	<input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	〇〇〇	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ×× (△△△) □□□□								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )									

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他( )	×××	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。	
	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。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)			口座名義 の区分	1	1. 申請者 2. 代理人
		ケンホ° タロウ					

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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・印	印	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	委任者と 代理人との 関係			
	(フリガナ)	氏名・印	印				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です  
被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1.5)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

記載不要

印

健康保険 被保険者 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 1. 被保険者 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 平成 30年 7月 1日	
	2 傷病名	小児弱視	3 発病または負傷年月日 令和 01年 6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 〇〇病院 眼科	所在地 東京都〇〇〇	診療した医師等の氏名 山田太郎 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 01年 06月 01日 から 01年 06月 14日	日まで	日数 14日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日	から	年 月 日 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 01年 06月 01日	8 装具装着日	01年 06月 14日
	9 療養に要した費用の額	〇,〇〇〇 円		
	10 診療の内容	〇〇〇		
11 療養費の支給申請の理由	治療上必要な眼鏡の作成は医療機関でないために療養給付が受けられなかった為			

【添付書類】

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

領収書(原本)

患者の検査結果

←添付をお願いいたします。