

記入例【ケース4】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(小児(9歳未満)の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを購入した場合)
(弱視等:斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正を含む)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号	0000 11111	(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、支 社、関連会社の	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北區城北1-2-3		
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生 年 月 日	昭和・平成 45年 4月 1日		
	(5) 被扶養者に関 する申請のとき	被扶養者 氏名	太陽太郎	(6) 生 年 月 日	昭・平・令 30年 2月 3日	(7) 被保険者 との続柄	子
	(8) 傷病名	弱視		(9) 発病又は負傷年月日	平・令 不明年 月 日		
	(10) 発病又は 負傷の原因	先天性					
	(11) 傷病の経過	良好					
	(12) 診療又は手 当を受けた医療機 関の名称・ 所在地及び 医師の氏名	名称 氏名	ひまわり病院 日本 次郎	(13) 所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒 000-0000 東京都城南區城南1-2-3 TEL 03 (0000) 2222		
	(14) 診療又は 手当の内容	検査を受けた		入院期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		
	(15) 診療又は手当を 受けた期間	自 平・令 3年 4月 1日 至 平・令 年 月 日	現在も 治療中	診療又は手当に要 した費用の額	金 36,700 円他		
	(16) 申請理由	1. 立替払い(保険証なしでの受診等) 2. 旧保険証使用 3. 治療用器具(コルセット、アネリザポニド等) ④ 小児弱視等の治療用眼鏡等 5. 治療用器具(弾性ストッキング等) 6. はり・灸(あん摩・マッサージ) 7. 海外の病院での受診 8. 輸血時の生血代					
	(18) 第三者の行為 による負傷 であるとき	その事実 と届出の 有無	該当せず	加害者の氏名			
	(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	三井住友 銀行	〇× 支店	(普通) No. 1234567	口座 名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。 令和 3年 5月 10日	〒 000-0000 住 所 被保険者の フリガナ 氏 名		TEL 03 (0000) 1111 東京東區東區城東1-2-3 タイヨウハナコ 太 陽 花 子		太陽		

(16) 「診療又は手当に要した
費用の額」欄は、補装具
を購入した際の領収書の
金額を記載する。
不明な場合は、記載しな
いこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄
報酬振込口座を記入する。
(退職者は希望する振込銀
行口座を記入する。)

受付日付印