

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書(弱視眼鏡 ・ 弾性着衣)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)	被保険者等	記号		番号		
	(2)	被保険者	氏名		(3) 被保険者が勤務 する(していた)部 署・支社・関連会 社の名称		
			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)			
	(4)	療養を受けた方	氏名		(5) 被保険者との 続柄		
			生年月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	(6)	傷病名				(7) 発病又は負傷 年月日	平・令 年 月 日
	(8)	発病又は負傷の 原因および経過	* 詳しく記入してください				
	(9)	医療機関の名称・ 所在地及び医師 の氏名	名称			(10) 所在地及び 電話番号	〒 TEL ()
			氏名				
	(11)	診療内容				入院期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日
	(12)	診療期間	自 令 年 月 日 日間 至 令 年 月 日 ☐ 治療中			(13) 治療用装具の 費用の額	円
	(14)	申請理由	☐ 小児弱視等の治療用眼鏡等 ☐ 弾性着衣(弾性ストッキング、スリーブ等)				
(15)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。					
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)	
				普通			
(16)	上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者 フリガナ 氏名(自署)						
注 意 事 項 及 び 添 付 書 類	[添付書類について] ☐ 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 ☐ 医師の治療用眼鏡作成指示書の写し ※検査結果も明記されているもの ☐ 眼鏡購入時の領収書(原本) ☐ 医師の指示に基づき弾性着衣を購入した場合(弾性着衣:ストッキング・スリーブ・グローブ) ☐ 医師の弾性着衣等の装着指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること ☐ 弾性着衣等購入時の領収書(原本)					受 付 日 付 印	

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。