

記入例（治療用装具）

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号 11	番号 1234567	事業所名・所属名 コマツ〇〇工場〇〇課
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町〇〇丁目 TEL ( )		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請の給付金の受領を事業主へ委任します。(同意する場合は☑をお願いします。)				
申請内容	1・療養費の支給申請の理由	5 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 扶養者認定申請中のため被保険者証が届いていなかったため 3. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 4. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 5. 治療用装具を作成したため 9. その他 ( ) 勤務中・通勤途中の場合は☑をお願いします。 <input type="checkbox"/>		
	2・受診者	2 1・被保険者 2・被扶養者 続柄(長男)		
	2-①家族の場合はその方の	氏名 健保 次郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 8 月 25 日 4 才
	3・傷病名	弱視	4・発病または負傷年月日	令和 5 年 4 月 20 日
	5・発病の原因および経過(詳しく)	1 (原因および経過) 不明 1. 病気 2. ケガ → 第三者の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。		
	6・診療を受けた医療機関	名称 〇〇眼科	所在地 東京都港区赤坂2-3-6	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
	7・診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 1 日 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		
	8・療養に要した費用の額	48,000 円		
	9・診療・手当の内容	検査		

添付書類

- \* 立替払い申請 ..... 診療報酬明細書(診療明細書ではありません)、領収書の原本
- \* 治療用装具(9歳未満弱視等矯正用眼鏡含む)申請..... 治療用装具製作指示装着証明書、領収書の原本、装具の写真(上・横方向)

受付印

小松製作所健康保険組合