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 家族　療養費　支給申請書

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	事業所名・所属名
被保険者等の記号・番号（右づめ）	11	1234567	コマツ○○工場○○課
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		
住所	（〒 ○○○ － ○○○○ ）　○○ 都道府県　○○市○○町○○丁目		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

☑ 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。 ☐
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　☐昭和 ☐平成 ☑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：○○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：○○　○○
7・診療を受けた期間	（令和）年 月 日 5 4 2 0 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