

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具めがね）

記入例

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付すること

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄		領収書日付(装具装着日)		
被保険者証 記号・番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0	令和5年 11月 15日		
資格取得年月日	平成2年 4月 1日	装具作成機関名	メガネ製作㈱	
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	装具明細 (型番、材質など)	※内訳書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。 治療用眼鏡	
被扶養者のとき	氏 名			日通 五郎
	生年月日			令和1年 10月 10日
	続 柄			二男
療養給付を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具装着	治療用眼鏡の場合	前回購入した日付 今回初回 年 月 日 前回購入した時の年齢 歳	
傷 病 名	弱視	記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。 令和5年 11月 20日		
発病又は負傷の年月日	令和5年 10月 22日（療養開始日）	被保険者 住所	神奈川県神奈川5-5-5	
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、 どのようにして)	※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。 定期検査の時に診断される	被保険者 氏名	健保 太郎	
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	事 業 主 記 入 欄		
診療又は手当の期間・日数	令和5年 10月 22日 ~ 治療中 令和5年 10月 25日 (2日間)	事業主 名称	日通〇〇運輸株式会社	
傷病の経過及び手当の内容	治療用眼鏡装着	事業主 氏名	日通 一郎	
診療・手当に要した額	32,500円	N X グループ健康保険組合記入欄		
診療・手当をした医療機関、医師・歯科医師	住 所	神奈川県神奈川3-3-3		
	医療機関名	横浜整形外科		
他者によるものか	氏 名	横浜 太郎		
	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	整 理 番 号		
他者の行為による場合 (事故等)	どのよう な状況で	決 定	金 額 (数式等)	
			円	
		内 訳	法定給付額	
			円	
			付加支給対象額	
			円	