

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

療養費支給申請書

(輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ)

年 月 日提出

*【添付書類】
*治療用コンタクトレンズを作製した場合、「医師の作製指示書(原本)」と「領収書原本」を添付(レシート不可)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生	
	所属 課・係・店等	メールBOX		自宅住所	〒 -	
	会社 TEL	外線	内線	自宅 TEL		
	受診者氏名	(フリガナ)		受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名			発病した 状況 (具体的に)	日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃
	傷病の経過				状況	
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名			装具の名称	治療用コンタクトレンズ	
	診療又は 手当の期間	令和 年 月 日 日間	診療又は手当に要した費用の額		円	
	療養の給付を受けることが出来なかった理由 (なぜ健康保険でできなかったのか)			業者との保険契約がないため		

*被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
*被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
*被保険者(請求者)の押印は不要です。

委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 年 月 日	Ⓜ に委任します。
	被保険者氏名	Ⓜ

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振込依頼	金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名義人名
	コード No.	コード No.	普通・当座		(フリガナ)

備考
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。