

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

療養費支給申請書 (弱視治療用眼鏡等)

H27年 7月 10日提出

* 治療用眼鏡を作製した場合、「医師の作製指示書(原本)」及び「領収明細書」・「領収書(原本)レシート不可」

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	1 - 123456		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ) ヤマハ タロウ 山葉 太郎	印
	事業所名	ヤマハ(株) 掛川工場		生年月日	昭平 40年 1月 6日生	
	所属 課・係・店等	GP組立	メールBOX KK	自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111	
	会社 TEL	外線 0537-24-7722	内線 1234	自宅 TEL	053-472-1000	
	受診者氏名	(フリガナ) ヤマハ ハナコ 山葉 花子		受診者の 生年月日	昭和 平成 24年 1月 6日	被保険者 との続柄
	傷病名	遠視性弱視		発病した 状況 (具体的に)	日時 H27年 3月 1日	午前 午後 時 分 秒
	傷病の経過	眼鏡装着により経過観察中		状況	3歳児健診で指摘された。	
	受診した病院の 住所・病院名 及び医師名	浜松市中区中沢町999 鈴木眼科医院 鈴木一夫		装具の名称	弱視治療用眼鏡	
	診療又は 手当の期間	自平成 27年 7月 1日 至平成 年 月 日 1日間		診療又は手当に要した費用の額	15000 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)

被保険者が自ら署名する場合は、被保険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 平成 27年 7月 10日 被保険者氏名 山葉 太郎	① に委任します。 山葉 太郎
-----	--	--------------------

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

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

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。

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。

任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

<<添付書類>>

- 治療用眼鏡を作製した場合 ⇒ 「医師の作製指示書」・「領収明細書」・「領収書(原本)レシート不可」