

# 記入例

- ① 本人または家族に○をして下さい。
- ② 眼鏡の領収書に記載されている金額を記入して下さい。
- ③ 眼鏡の領収書に記載されている領収年月日を記入して下さい。

## Ⅲ 治療用器具 健康保険 本人療養費 一部負担還元金 支給申請書

① 家族 療養費 家族療養費付加金

○字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の印を押して、その上に正しい字句を記入してください。

① 健康保険証の記号と番号	記号番号 XXX-345	② 被保険者氏名(請求者) 生年月日	(フリガナ) ショウホウ シロウ 情報 四郎	③ <b>印</b>
④ 被保険者(請求者)の現住所	〒102-XXXXX 千代田区0005-5-505	日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX		
⑤ 勤務先会社名	(株)000			
⑥ 家族が療養を受けた場合はその方の	氏名 情報 たろう	生年月日 昭平令 X年X月X日	被保険者との続柄	長男
⑦ 傷病名	弱視、遠視性乱視		⑧ 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
⑨ 診療を受けた病院等の名称	000病院	所在地	千代田区007-8-9	
⑩ 診療の内容	検査、診察		⑪ 診療に要した費用の額	② XXXX 円
⑬ 発病の原因及びその経過	原因不詳。装用により生活全般で不便がなくなった。		⑭ 装具装着日	③ 平・令 27年 7月 6日
⑮ 診療を受けた期間	平・令 27年 7月 6日 から 平・令 27年 7月 6日 まで 1日間 入院の場合、入院期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間			
⑯ 業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ	⑰ 他人の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑱ 療養費を支給申請する理由(該当する番号に○)	1. 治療用器具を購入、装着したため ② 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため 3. 術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため 4. その他 ( )			

※⑰で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病届」をご提出いただく場合があります。

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。  
 支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。  
 退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

保 險 給 付 状 金 受 取 先	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和 XX 年 X 月 X 日 被保険者 住所 千代田区0005-5-505 (請求者) 氏名 情報 四郎 <b>印</b> (1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入) 住所 代理人 氏名 銀行・農協 本店 預金種別 信金・信組 支店 普通・当座 金融機関コード 店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号) 口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号) フリガナ 口座名義
---	--

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
 マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

### 添付書類について

■ 医師の指示により弱視等治療用眼鏡を作成したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 眼鏡の領収書の原本</li> <li>● 医師の意見書(証明書)の写し</li> <li>● 眼鏡の処方箋の写し</li> </ul>
---------------------------	--