

被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号		保険者氏名		生年月日	
					年 月 日	
	被保険者の住所・電話		(郵便番号 —)			
	事業所住所					
	事業所名					
	所属			連絡先		—
申 請 対 象 者	※受診者が被扶養者の場合の時に記入					
	被扶養者氏名		生年月日		被保険者との続柄	
			年 月 日			
	傷病名					
	申請理由 1. 治療用装具 2. 立替払(理由) 3. 小児弱視等治療用眼鏡					
	発病または負傷の原因		業務上・業務外 → (原因:)			
	発病または負傷の年月日		平成 ・ 令和 年 月 日			
	傷病の経過					
	診療の内容及び期間					
	診療に要した費用			円	入院外来の別	入院 ・ 外来
	療養の給付を受けることができなかった理由 業者に装具の作成を依頼した為 ・ その他 ()					
	第三者の行為によって負傷したものであるか否か ない ・ ある → (第三者の行為による傷病発生届を提出すること)					
	医療機関等の名称、所在地並びに医師等の氏名					
被 保 険 者	上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。					
	令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 日本特殊陶業健康保険組合 御中					

※締切は毎月20日(健保必着)、翌月の給与に振込みます(任継・退職者は翌月末口座振込み)。
適正な支給のための審査により、支給が遅れることがあります。
※申請内容によって、添付書類が変わります。
【治療用装具作成による申請】※領収書、医師証明書は原本を提出ください。
領収書(原本)、医師の証明書(原本)、
作成した装具の写真3枚(全体を撮影したもの1枚、それぞれ違う角度から撮影したもの2枚)
【立替払いによる申請】
診療報酬明細書、領収書

健保記入欄					
受付印	領収書・明細書	医師証明書	写真(3枚)	採寸日/眼鏡領収日	耐用年数
				R 年 月 日	年
備考 ※眼鏡購入金額上限38,902円 自己負担割合2割or3割					

*「日特健保プライバシーポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。