

被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 険 者	健康保険の記号・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 ー)			
			電話			
	事業所住所					
	事業所名					
申 請 対 象 者	所属		内線		ー	
	※被保険者の場合は氏名・生年月日・続柄は記入不要					
	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40,492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。

R6.7