

被保険者 療養費支給申請書  
家 族

|                       |   |  |                                    |  |                |  |
|-----------------------|---|--|------------------------------------|--|----------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>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<br>請<br>対<br>象<br>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<br>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<br>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<br>保<br>険<br>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 _____<br>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