被保険者
家　族　療養費支給申請書

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　－　） 電話	
事業所住所		
事業所名		
所属	内線	―

申請対象者

※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　　E　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				

＊「日特健保ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰﾎﾟﾘｼｰ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

R6.4