

被保険者本人か家族、
該当者に○

被保険者
家 族

療養費支給申請書

被 保 険 者	健康保険の記号・番号 <small>※資格情報のお知らせまたはマイナポータルより確認の上記入</small>	保険者氏名 日特 太郎	生年月日 昭和58年 10月 10日	
	被保険者の住所・電話	(郵便番号 123-4567) ご自宅住所を記入		
	事業所住所	お勤めの会社住所を記入		
	事業所名	お勤めの会社名を記入		
	所属	お勤めの会社所属名を記入	連絡先	☎ 123-4567-8900
	※受診者が被扶養者の場合の時に記入			
申 請 対 象 者	被扶養者氏名 日特 花子	生年月日 昭和60年 5月 5日	被保険者との続柄 妻	
	傷病名	証明書に記載されている傷病名を記入		
	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 4年 12月 11日		
	傷病の経過	現状を記入 (例:固定具にて1ヶ月固定。加療中。)		
	診療の内容及び期間	受けている診療の内容、期間を記入(例:装具装着、リハビリ中)		
	診療に要した費用	領収書の金額	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 証明書を発行した医療機関の名称、所在地、医師の氏名を記入			
	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 5年 3月 2日 被保険者氏名 日特 太郎 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、医師の証明書、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	医師証明書	写真(3枚)	採寸日/眼鏡領収日 R 年 月 日	耐用年数
備考 ※眼鏡購入金額上限40,492円 自己負担割合2割or3割					

*「日特健保アプリ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。