

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	被保険者証の記号・番号		保険者氏名		生年月日	
	11 123456		日特 太郎		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		内線	123 - 4567
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	
	日特 花子		昭和60年 5月 5日		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	耐用年数
				R 年 月 日	
備考 ※眼鏡購入金額上限38,902円 自己負担割合2割or3割					