

9歳未満の治療用眼鏡の場合

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者
被扶養者

(立替払等、治療用器具)

健康保険の 被保険者証の 記号・番号	(記号) 1	(番号) 1111	事業所名	株式会社NSD		被保険者の 業務の別	SE
被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ		住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿1-2-3			
	健保 太郎		連絡先	090-1234-5678			
療養を受けた 者の氏名	健保 花		生年月日	2018年4月1日	続柄	長女	
傷病名	近視		発病又は負傷 の年月日	2024年4月1日	傷病の経過		
発病の原因 (打撲・捻挫・骨折等 の時は負傷届を記 入して下さい。)			診療を受けた 医療機関等	名称	××××眼科		
				所在地	千代田区神田錦町1-1-1		
第三者行為によるも のですか	はい・いいえ		診療を担当した 医師氏名	神田 一郎			
診療を受けた期 間	2024年 4月 10日 ~ 2024年 4月 10日			1		日間	
治療用器具の場合	装着日	年 月 日	診療に要した 費用の額	25,000		円	
入 申 請 理 由	ア. 入社直後で保険証が手元に届いていなかった		イ. 緊急やむを得ず受診したが保険証未携帯であった				
	ウ. やむを得ない理由で以前加入していた健康保険の 保険証を使用した		エ. 治療用器具を購入した				
振 込 金 の 受 領 を 委 任 す る 代 理 人 の 口 座 に 限 り ま す	オ. 9歳未満の治療用眼鏡を購入した (作成指示日 2024年 4月 10日)		カ. その他()				
	事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は☑をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。				レ		
	金融機関名称	(フリガナ)	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店		
普通預金	口座番号	※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要					
口座名義	(フリガナ)						
代理人に受領を 委任する時は 記入して下さい	この給付金の受領を 住 所 _____ 氏 名 _____ に委任します。 被保険者氏名 _____						
被保険者の マイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。						

負傷届(発病の原因が外傷「打撲・捻挫・骨折など」の場合に記入して下さい。)

負 傷 届 の 発 生 状 況	いつ	年 月 日	午前	時 分
	どこで(場所)			
	何の目的で			
	何をしているときに			
	どうなった			

- ◇負傷原因が第三者の行為(交通事故、集団食中毒等)によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所等を記入した「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。
- ◇保険医の同意により、はり・きゅう・あんま・マッサージの施術を受けた時は(はり・きゅう用)の療養費支給申請書を使用して下さい。
- ◇海外で診療を受けた時の費用は、海外療養費支給申請書を使用して下さい。
- ◇治療用器具について、医療機関や器具業者から、「健康保険の支給対象です」との説明があっても、「治療用器具の療養費支給基準」(健保HP「立て替え払いをしたとき」参照)を満たしていない場合は、給付することができません。
- ◇保険給付を受ける権利は、2年間で消滅します。

受付年月日