記入例(小児治療用眼鏡の場合)

令和6年11月更新

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

1 2

被保険者(申請者)記入用

令和 8 年 8 月 8 日 提出

被保険者(申請者)情報

被保険者等記号・番号(左づめ)	記号 3 4 / 番号 1 2 3 4 5	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 入力不要
氏名	(フリガナ) コウア タロウ 興亜 太郎	生年月日 ☑昭和 ☐平成 ☐令和 年 5 4 月 0 3 日 2 1
住所	(〒 399 − 4601) 長野 都 道 府 県 上伊那郡箕輪町中箕輪〇〇ー〇	
電話番号(日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	普通	口座番号(左づめ)	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義(カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 コ ウ ア タ ロ ウ				

注)1.添付書類

治療用装具	1.医師の作成指示・意見書(装具証明書) 2.領収書(原本) 3.靴型装具の写真
小児治療用眼鏡	1.医師の作成指示・意見書 2.領収書(原本)
弾性ストッキング	1.弾性着衣等装着指示書

2.傷病が第三者

小児治療用眼鏡による療養費の申請時には
支給申請書のほか、こちらの書類2点が必要です。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

決定年月日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		
支給決定金額	円		
常務理事	事務長	担当者	

支払済印	受付日付印

記入例(小児治療用眼鏡の場合)

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名	興亜　太郎

申請内容

1 受診者	☐ 被保険者　☑ 家族(被扶養者)		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名 興亜　一郎	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☑ 令和 2 年 2 月 2 日
2 傷病名	弱視	3 発病または負傷年月日	令和 8 年 6 月 15 日
4 発病の原因および経過(詳しく)	仕事中 ・ 通勤中 ・ 私用時 ・ その他(　　) ☑ 病気　(原因および経過) 先天性。現在治療用眼鏡を装着して経過観察中。 ☐ ケガ ➡ 「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
5 診療を受けた医療機関等の	名称: 興亜眼科クリニック / 所在地: 長野県上伊那郡箕輪町中箕輪〇〇 / 診療した医師等の氏名: 〇〇　〇〇		
	名称: / 所在地: / 診療した医師等の氏名:		
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 8 6 15 から (令和) 年 月 日 8 6 15 まで	日数	1 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から (令和) 年 月 日 まで 「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」に記載の日付をご記入ください。	日数	日
7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日 8 6 15	8 治療用装具の金額	19,800 円
9 診療担当医から受けた装具装着目的	弱視治療のため		
10 療養費支給申請理由	治療用装具(　小児治療用眼鏡　)作成したため		