

<記入例> 小児弱視等にかかる治療用眼鏡を作成した場合（9歳未満）

健康保険被保険者療養費支給申請書

健康保険証の名前の上に記載してある記号・番号をご記入ください

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所	コーセーG・アルビオン・その他( )								
		3	0	1	2	3	4	5	所属	〇	〇	〇	部・課 支店
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ			生年月日	昭和 平成 2年 1月 1日			社員番号	98A98			
	被保険者の現住所及び連絡先	〒 103 - 0027			TEL	XXX ( XXXX ) XXXX			東京都中央区日本橋〇-〇-〇				
	傷病名	屈折性弱視			発病又は負傷の日	令和 3年 5月 10日			(負傷の場合は 時頃)				
	発病又は負傷の原因	先天性			傷病の経過	通院にて治療・経過良好							
	診療を受けた機関の名称	×××医院			所在地	〇〇県□□市〇〇9999							
	診療の内容	治療用眼鏡を装着											
	診療の期間	自	令和 3年 5月 10日	日間	診療に要した費用の額	金	22,294		円也				
	療養の給付を受けることができなかった理由												
第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある	ない	第三者行為による傷病届の提出の有無			ある	ない	(健保までご連絡ください。)					
申請者が被扶養者に関するときはその者の氏名	健保 小太郎			生年月日	昭和 平成 30年 5月 5日	被保険者との続柄	長男						
医師に照会が必要な場合の事前同意		私は、保険者(コーセー健康保険組合)が、給付に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により医療機関、事業所、官公庁等に認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意の写しも有効と認めます。											
※給付に関する同意をしいただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。		被保険者氏名 健保 花子											
委任状				令和 3年 6月 20日									
給付金の受領を事業主に委任します													
被保険者氏名(自署) 健保 花子													
◇上記は在職者のみ記入。退職者・任意継続被保険者の方は、下記へご記入ください。													

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者同一)	フリガナ	氏名	

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類>
- ①医療担当者による証明書または意見書(原本)
  - ②装具購入の領収書、明細書(原本)