

# 小児弱視治療用 療養費・第二家族療養費(治療用装具)支給申請書

## 眼鏡等の申請

健康保険 記号・番号	記号	0 1 2	番号	0 1 2 3 4 5 6	会社名	NEC〇〇株式会社 TELNET	8-123-1234
令和 XX年 XX月 XX日					所属	△△△事業部	メールNo. 185-0000
氏名					自宅住所 〒 150-0031		
健保 太郎					東京都 渋谷区 桜丘町 29-11		
生年月日					TEL 03-1234-1234		
昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日					在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。		
治療を受けたのは被保険者本人ですか、家族ですか。右記欄に○をつけてください。							本人 ・ 家族
家族が治療を受けたとき その者の氏名	フリガナ	ケンポ ハナナ		続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日	
健康 花菜	健康 花菜	長女		昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日	昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日	昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日	
傷病名	〇〇弱視、〇〇斜視			発病または負傷した記入不要です。 年 月 日			
被保険者記入欄							
発病または負傷の発生場所および原因							
どこで	何をして			どのように発病(負傷)したか?			
負傷による申請のときは各項目に○をつけてください。							
1. 第三者行為によるものですか? はい/いいえ ( ) の場合、日本スポーツ振興センターの災害給付金は、							
2. 通勤途上等の労災ですか? はい/いいえ ( ) 手続きが 手続き ・ 手続きしない							
3. 学校内、学校の行事での事故ですか? はい/いいえ ( ) (手続きしないのとき、その理由 )							
傷病の経過							
診療または 手当てを受けた 医療機関	医療機関名			所在地			
	〇〇〇〇病院			東京都 渋谷区 桜丘町 30-12			
	医師名						
	田町 健子						
装具を装着した	記入不要です。 年 月 日			通院中・入院中	治療装具の費用	00,000 円	
必要な添付書類	治療用装具の領収書・装具内容内訳明細書・保険医の証明書等(同意書・装具装着証明書)						
退職者	必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。						
金融機関名	添付書類は 原本を提出			フリガナ	退職年月日		
銀行				名義	令和 年 月 日		
支店(普通)							
事業主記入欄	令和 年 月 日 事業所名						
上記のとおり証明し、委任を受けた保険給付を事業主(会社)の証明欄です。							
当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。							
健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( 日間)	
	算出の基礎				支給額	円	
					高額療養費	円	
					特記事項	受付年月日	
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当		