

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

被保険者証 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	健保 太郎		自宅住所 〒	150-0031	東京都 渋谷区 桜丘町 29-11		
生年月日	昭和・平成・令和 XX年 XX月 XX日		TEL	03-1234-1234			
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 ケンボ 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			
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。 令和 年 月 日			
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 (の質問です。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 手続きの ・ 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	〇〇〇〇病院		所在地	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	添付書類は 原本を提出 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	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 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。 事業主名 (代理人)						
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	令和 年 月 日から		
	算出の基礎				令和 年 月 日まで		
					(日間)		
					支給額 円		
				円			
				高額療養費 円			
	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項	受付年月日
承認欄							