

受診者の区分を
○で囲んでください。

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 8 番号 99999		
	② 受診者の 氏名・生年月日	氏名 健康健子	生年月日 昭和 25年 3月 25日 平成	
	③ 傷病名	小児弱視	④ 発病又は負 傷の年月日	平成 28年 12月 14日
	⑤ 発病又は 負傷の原因	先天性		
	⑥ 傷病の経過	眼科にて小児弱視と診断され、治療用眼鏡を作成した。		
	⑦ 診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	医療機関名	健保眼科医院	
		所在地	東京都港区健保町3-3-38	
		医師名	健保一郎	
	⑧ 診療又は手当 の内容	小児弱視と診断され、医師から眼鏡装着の指示を受けた。		
		装具装着日	平成 28年 12月 22日	
	⑨ 診療又は手当を 受けた期間	平成 28年 12月 14日 から 平成 28年 12月 14日 まで 1 日間		
	⑩ 療養に要した 費用の額	28,000 円 ← コルセット等の支払った額（領収書の額）を記入 してください。		
	⑪ 療養費支給申請 の理由	治療用眼鏡を作成した為。		
	⑫ 第三者行為に よるものですか	いいえ はい → 「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
	⑬ 振込希望の 銀行	「振込先」欄は記入不要です。給与口座へ振り込みます。 任意継続の方は資格取得申出書に記載された口座へ振り込みます		
⑭	上記のとおり申請します。平成 28年 12月 26日 被保険者の 住所 東京都港区健保町2-2-28 氏名 健康太郎 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿 押印してください。			
⑮ 備考				

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

健保受付日付印