

## 健康保険

 被保険者 家族 立替払い 治療用装具等

## 療養費支給申請書

健康保険組合

常務理事

事務長

扱者

【治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成された方へ】

治療用眼鏡・コンタクトレンズにかかる療養費の支給対象は9歳未満の小児に限ります。  
更新により眼鏡等を再作成された場合、更新前の装着期間によっては対象外となることがございます。

請求日

令和6年5月25日

※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いしま

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	電話番号	090 - 3456 - 7890			※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。				
	受診者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年 月日	昭和 平成 令和	50年5月5日	続柄	本人	
	傷病名	右手首関節骨折		発病または 負傷した日	令和6年5月5日(頃)				
	発病原因および経過	1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → K0340_負傷原因届を併せてご提出ください							
	受診した 医療機関等の	名称	△△△△総合病院	所在地	〇〇市××町1234番地		診療した医師もしくは 薬剤師の氏名	△△ 〇〇	
		名称		所在地			診療した医師もしくは 薬剤師の氏名		
	診療を受けた 期間	令和6年5月5日から6年5月10日				療養・治療用 装具の額	10,000 円		
	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 保険証手続き中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していないときに急病でやむを得ず医療機関にかかったため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> その他( )							
	委任状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 令和6年5月25日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1234-5 氏名 健保 太郎							

## 添付書類

立替払い

 領収証の原本 医療機関が発行した診療報酬明細書(レセプト)の原本  
※受診した医療機関に発行を依頼してください。治療用装具  
治療用眼鏡 装具費用の領収・明細書の原本 医師の証明書(作成・装着指示書) 写真(靴型装具のみ添付) ※電子メール送付可(送付先: kenpo@koki-holdings.co.jp)

※部品を含む装具全体像(正面・側面・底面)、ロゴ、サイズ表記、品番、メーカー表記を撮影願います。

健 保 記 入 欄	資格取得日		支給額	円	内訳	療養費	円
	資格喪失日					第二家族療養費	円
	備考					出納 印	受付 印

K0110(R06.12)