健康保険 療養費支給申請書

☐ 被保険者　☐ 家　族

☐ 立替払い　☐ 治療用装具等

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　　年　　月　　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す

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号　－　番号 －		被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
電話番号	－　－ ※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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭和 平成　年　月　日 令和	続柄	
傷病名		発病または負傷した日	令和　年　月　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	所在地	診療した医師もしくは薬剤師の氏名		
	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　年　月　日 から　年　月　日		療養・治療用装具の額	円	
療養費の支給申請の理由	☐ 保険証手続き中のため ☐ 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 ☐ 治療用装具を作成したため ☐ 誤って他の保険者の保険証を使用したため ☐ その他（　）				
委任状 ※任意継続者、退職者は記入不要です	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。 年　月　日 住所　氏名				

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)