

支給決定額		支給決定日				給付記録 入力済印
療養費	円	令和	年	月	日	
		円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

被保険者
家族 (7割) 治療用眼鏡等 療養費支給申請書
未就学 (8割)

被保険者が記入するところ	①	健康保険証	記号		②	被保険者 (請求者)	住所							
			番号				氏名							
	③	資格取得 年月日	昭和	年	月	日	④	資格喪失 年月日	平成	年	月	日		
	⑤	装具を装着 した者の氏名					⑥	左記の者の 生年月日	昭和	年	月	日生	⑦	続柄
	⑧	傷病名					⑨	発病又は 負傷の 年月日	平成	年	月	日	⑩	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災・通災 <input type="checkbox"/> どちらでもない
		作製装具名												
	⑪	発病又は 負傷の原因												

⑩ 確 認 欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。

(記入上の注意)

- ・表題の「被保険者」、「家族(7割)」、「未就学児(8割)」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- ・⑩欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・領収証や添付書類は、原本を提出してください。
- ・写真添付、装具作製確認書の提出は不要です。

(支給決定について)

- ・給付金支給については、確認書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、決定には時間を要する場合があります。

受付日付印