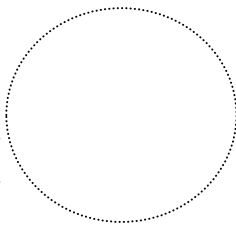


健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書（第 回目）
（弱視等治療用眼鏡等）



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号-番号		生 年 月 日		所 属	
	—		昭和 平成 年 月 日			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒	
	療養が被扶養者 の場合はその方の		氏 名		生 年 月 日	
					昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷 病 名				発病または負傷 年 月 日 (療養開始日)	令和 年 月 日
	発病の原因および経過 (詳 しく)		第三者行為によるものですか はい ・ いいえ 「はい」の場合は、「 第三者の行為 による傷病届 」を提出下さい			
	診 療 を 受 け た 病 院 等	名 称			医 師 等 の 氏 名	
		所在地	〒		入院・入院外の別	入院 ・ 入院外
	眼鏡等の指示について		指示を受けた日 令和 年 月 日		入院の場合、左記の診 療期間中の入院期間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日
診療の内容				療養に要した費用の額	円	
療養費の 支給申請の理由		弱 視 治 療 用 眼 鏡 を 作 成 し た た め				
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄						
金融機関名		店 名 (店 番)		預 金 種 別	口 座 番 号	
池田泉州銀行		()		普 通		

申請上の注意

・医師の「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」と「領収書」の原本を添付ください

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者 (申請者)		住所 氏名		
	代 理 人		住所 氏名		
	委任者と代理人 との 関 係 () 電話				
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
金融機関名		店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義
					フリガナ