

# 記入例

## 【申請書に添付する書類】

- ①眼鏡代領収書（原本）
- ②医師の眼鏡作製指示書
- ③振込口座通帳の口座・名義部分のコピー

### 小児弱視治療用眼鏡等作製費用の還付申請の場合

## 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被保険者証の記号・番号 第(記号)51 第(番号)202号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称 昭和化学株式会社	所在地 〒川崎市川崎区京町 2-14-2	電話番号 210-0847	郵便番号 〒川崎市川崎区京町 2-14-2
傷病名 屈折性弱視	発病又は負傷の年月日 不詳 年 月 日			
発病又は負傷の原因 不明(先天性)				
傷病の経過 治療用メガネを装着し、経過観察中				
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 名称 川崎市立 川崎病院 所在地 〒210-0847 川崎市川崎区新川通 12-1 氏名 蒲田 行男 電話番号 044-233-5521				
診療又は手当の内容 屈折矯正用レンズのメガネを作製	入院期間 自 令和2年4月13日 現在も通院中 至 年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日	日 日 日
診療又は手当を受けた期間 自 令和2年4月13日 現在も通院中 至 年 月 日	診療又は手当に要した費用の額 41,350 円也			
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨	支給上限額あり。 購入時年齢により異なります			
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けなかった理由 保険医療機関以外(眼鏡店)で作製したため				
第三者の行為による負傷であるとき その事実の有無	加害者の氏名	加害者の住所		
被扶養者に関する申請のとき 氏名 健保 愛奈	生年月日 明大 29年11月22日	被保険者との続柄 子		
振込希望の銀行又は郵便局名 「被保険者」の銀行 口座情報 支店(普通第 号) 郵便局				
上記のとおり申請します。 令和2年6月18日				
住所 〒210-0847 川崎市川崎区小田 3-2-1 被保険者の氏名 健保 幸彦 健康保険組合理事長 殿				

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

給付金を健保組合から直接受け取る場合は、この欄に「被保険者」の口座情報を記入し、金融機関通帳等の口座番号と名義が記されている部分のコピーを添付して下さい。  
被扶養者に関する申請においても、給付金は被保険者宛に支給となります。

## 領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名	職務上の事由	職務上・下船後3月以内・通勤災害	傷病名
初診	時間外 日夜 休日 深夜	円	注射 皮下筋肉内・静脈内 その他
再診	再診時間 外 日 夜 休日 深夜	回 回 回 回	検査 薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン
指導			処置及び手術
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	薬剤
入院	1月未満 日間(日~日) 1月~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有無	その他 合計	回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 住所 〒 氏名			
委任状	私は昭和化学株式会社を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和2年6月18日請求した被保険者療養費のうち 金 給付額全額 円也の受領に関すること。 令和2年6月18日 「金」「円也」の字の上に線を引き、「給付額全額」と記入して下さい。		
振込希望の銀行又は郵便局名	事業主口座 銀行	支店(普通第 号)	郵便局
領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名		

(注意事項)  
3.2.1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。  
歯科診療の場合には、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

給付金を事業主経由で受け取る場合は、この欄に記入して下さい。(青は事業主が記入・押印)