



被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気 2. ケガ 3. その他 ( )

(原因および経過)

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

(令和) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

7 眼鏡等の装着について  
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

8 眼鏡等購入日  
(装着日)

(令和) 年 月 日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

6

6. 小児治療用眼鏡およびコンタクトレンズを作成したため