健康保険
家　族

療養費 支給申請書（小児治療用眼鏡等）

1　2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報			
被保険者等（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　）　□都 □道 □府 □県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座			
金融機関名称	□ 銀行 □ 農協 □ 金庫 □ その他 □ 信組 （　　）	□ 本店 □ 本所 □ 支店 □ 支所 □ 出張所	
預金種別	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険
家　族

療養費支給申請書（小児治療用眼鏡等）

1　2

被保険者（申請者）記入用

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	斜視	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		

ニチアス健康保険組合