

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2

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

健保 康子

生年月日

昭和 平成 令和
03 年 04 月 01 日

2 傷病名

斜視

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日
不明

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気 2. ケガ 3. その他 ()

(原因および経過)

生まれて間もなく医師の診断にて発覚。
眼鏡装着後の経過は良好。

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

●●眼科

東京都港区新橋●丁目
200番200号

新橋 二郎

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

0 6 0 4 0 1

から

年 月 日

0 6 0 4 0 8

まで

日数

2

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

0 6 0 4 0 1

8 眼鏡等購入日
(装着日)

(令和) 年 月 日

0 6 0 4 0 8

9 療養に要した費用の額

¥ 38,902 円

10 診療の内容

診察、視力検査など

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