

健康保険 被保険者 療養費・付加金
被扶養者 支給申請書〔立替払・治療用装具等〕

＊ ＊記入見本 ＊ ＊

治療用装具を購入した場合
〔コルセット・小児弱視等の治療用眼鏡など〕

【被保険者（申請者）の氏名】			
①被保険者証の記号・番号		②氏名	今近 健太
記号	140	番号	5555
③生年月日	平成5年10月2日	④資格取得日	令和3年4月1日
⑤住所	〒140-1111 東京都品川区品川××-〇〇-△△ 品川マンション101号		
⑥日中連絡の取れる電話番号	090-5555-△△△△	⑦メールアドレス	kenta@gmail.comcom
【申請内容】			
⑧受診者	氏名 今近 健二郎 被保険者との続柄(二男)	生年月日 令和元年3月1日 受診時の年齢 (4 歳)	
⑨診療を受けた医療機関・薬局の名称	品川眼科クリニック		
⑩傷病名	弱視	⑪発病または負傷年月日	令和5年7月1日
⑫発病の原因および経過	先天性 ※ケガの場合は「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
⑬工作中、通勤途中または第三者行為によるものですか。	はい ・ <u>いいえ</u>	※労災に該当する場合は健康保険の対象になりません。 ※第三者行為が原因の場合は事前に健保組合までご連絡ください。	
◆立替払の場合(自費、他健保の保険証使用等)		◆治療用装具の場合(コルセット、小児弱視等の治療用眼鏡等)	
⑭申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を不携帯または手続き中だった <input type="checkbox"/> 誤って前加入健保の保険証を使用し、返還請求があり支払った <input type="checkbox"/> その他()	⑱医師から装具装着の指示を受けた日 ※コルセットの場合は記入不要です。	令和5年7月15日
⑮診療を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 日まで	⑲装具を装着した日 ※小児弱視等の治療用眼鏡等、弾性着衣の場合は記入不要です。	令和 年 月 日
⑯診療を受けた日数	日間	⑳治療用装具の費用	30,000 円
⑰療養に要した費用の額	円		
【振込先】			
⑳ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
㉑金融機関名	㉒支店名	㉓口座番号(7ケタ)	㉔口座名義(カナ)
三菱UFJ銀行	五反田支店	普通 0123456	イマジカ ケンタ
給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状にご記入ください。			
㉕委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支給印

受付印

—健康保険組合使用欄—

資格取得日	年 月 日	総医療費	円
資格喪失日	年 月 日	自己負担額(割)	円
扶養認定日	年 月 日		
標準報酬月額	千円		
本人 ・ 家族 ・ 6未 ・ 高一 ・ 高7		支給額	円

イマジカ健康保険組合