

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (小児用眼鏡)

1 2 被保険者(申請者)記入用

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 花子 | 生年月日 平成 30年 7月 1日 | |
| | 2 傷病名 | 小児弱視 | 3 発病または負傷年月日 令和 01年 6月 1日 | |
| | 4 発病の原因および経過(詳しく) | 1 1. 病気 (原因および経過) 視力機能向上のため、治療用眼鏡を要する 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 | | |
| | 5 診療を受けた医療機関等の | 名称 〇〇病院 眼科 | 所在地 東京都〇〇〇 | 診療した医師等の氏名 山田太郎 医師 |
| | | 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 01年 06月 01日 から 01年 06月 14日 まで | 日数 14日 | |
| | 6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | 日数 | 日 |
| | 7 装具等の装着について指示を受けた日 | 令和 01年 06月 01日 | 8 装具装着日 01年 06月 14日 | |
| | 9 療養に要した費用の額 | 〇,〇〇〇 円 | | |
| | 10 診療の内容 | 〇〇〇 | | |
| 11 療養費の支給申請の理由 | 治療上必要な眼鏡の作成は医療機関でないために療養給付が受けられなかった為 | | | |

【添付書類】

医師の治療用眼鏡等の作成指示書 ※医療機関にて発行されるもの

領収書(原本)

患者の検査結果

←添付をお願いいたします。