

眼鏡・装具作成の記入例

記入日 令和 6年 1月 1日

療養費
家族療養費

支給申請書

支給額： _____ 円

未記入

(健保組合使用欄)

記号 — 番号		記号と番号が不明な場合は 国のマイナポータルより確認		被保険者名		
1 — 1234 ※1		〇〇株式会社		健保 太郎		
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		健保 花子	被扶養者の 生年月日	R2.10.1	続柄	子
被保険者	住所	〒799 — 0101 愛媛県四国中央市三島朝日 2-12-45				
	電話番号	(090) 1234 — 5678				
療養費申請の理由		<input type="checkbox"/> 治療用装具作成の為		<input checked="" type="checkbox"/> 子ども用眼鏡作成の為		
		<input type="checkbox"/> 自費診療(立替払)の為		<input type="checkbox"/> 前保険者からの請求によるもの		
		<input type="checkbox"/> その他()				
傷病名		弱視	発病又は 負傷の年月日	平成 令和	5年 12月 1日	
発病又は負傷の原因 及び経過		(眼鏡) 先天性によるもの。治療用眼鏡をかけ、経過観察中。 (装具) 〇月〇日に自宅で転倒。 医療機関を受診し、装具装着の指示を受ける。現在は自宅安静。				
診療又は手当を 受けた医療機関		名称	〇〇眼科			
		所在地	愛媛県四国中央市三島朝日 1-2			
診療の期間又は治療用 装具・眼鏡の作成日		(自) 令 6年 12月 1日 ~ (至) 令 6年 12月 1日 (1 日間)				
診療又は手当に要した額		領収証の値段を記入 38,000 円				
(振込先金融機関名)		支店名	普通・当座	(口座番号)		(口座名義)
ふりがな		ふりがな				ふりがな
伊予 銀行 金庫 協 農		三島支店	普通	1 2 3 4 5 6 7		健保 太郎
(委任の場合)		を代理人と				被保険者名義を記入
提出添付書類は こちらで確認		不明な場合は国のマイナポータルより確認して 書類の提出が必要な方は、予め写しを取った後、健保へ原本をご提出ください。				

該当項目に1つ☑をいれる

眼鏡・装着の指示日を記入
(指示書、装着証明書で確認)

添付書類

- 治療用装具作成：装具購入の領収証(原本)、装具装着証明書または指示書(原本)
※靴型治療用装具を作成の場合、装具の写真を添付
- 小児弱視等治療用眼鏡作成：眼鏡購入の領収証(原本)、弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本)
- 自費診療(立替払)：診療報酬明細書写し(レプト)、領収書(原本)
※診療報酬明細書(レセプト)はご自身で医療機関へご請求ください。
- 資格喪失後受診による返還金請求：
診療報酬明細書(レセプト)、領収書(前保険者からの請求を支払ったもの)

自費診療(立替払)の記入例

記入日 令和 6年 1月 1日

療養費
家族療養費

支給申請書

支給額： _____ 円

(健保組合使用欄)

未記入

記号 — 番号	記号と番号が不明な場合は 国のマイナポータルより確認		被保険者名		
1 — 1234 ※1	〇〇株式会社		健保 太郎		
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名	健保 花子	被扶養者の 生年月日	R5.12.1	続柄	子
被保険者	住所	〒799 — 0101 愛媛県四国中央市三島朝日 2-12-45			
	電話番号	(090) 1234 — 5678			
療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具作成の為 <input checked="" type="checkbox"/> 自費診療(立替払)の為 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 子ども用眼鏡作成の為 <input type="checkbox"/> 前保険者からの請求によるもの		
傷病名	おむつかぶれ	発病又は 負傷の年月日	平成 令和	5年 12月 5日	
発病又は負傷の原因 及び経過	生まれたばかりで肌が弱く、被れてしまった可能性が高い。 生まれて間もない受診で、マイナ保険証の発行がまだだった為申請。				
診療又は手当を 受けた医療機関	名称	〇〇小児科			
	所在地	愛媛県四国中央市三島朝日 1-2			
診療の期間又は治療用 装具・眼鏡の作成日	(自) 令 6年 12月 6日 ~ (至) 令 6年 12月 6日 (1 日間)				
診療又は手当に要した額	領収証の値段を記入		5,000 円		
(振込先金融機関名)	支店名	普通・当座	(口座番号)		(口座名義)
ふりがな	ふりがな				ふりがな
伊予 銀行 金庫 農協	三島支店	普通	1 2 3 4 5 6 7		健保 太郎
(委任の場合)	を代理人と				被保険者名義を記入

該当項目に1つ☑をいれる

提出添付書類は
こちらで確認

不明な場合は国のマイナポータルより確認して
書類の提出が必要な方は、予め写しを取った後、健保へ原本をご提出ください。

添付書類

- 治療用装具作成：装具購入の領収証(原本)、装具装着証明書または指示書(原本)
※靴型治療用装具を作成の場合、装具の写真を添付
- 小児弱視等治療用眼鏡作成：眼鏡購入の領収証(原本)、弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本)
- 自費診療(立替払)：診療報酬明細書写し(レプト)、領収書(原本)
※診療報酬明細書(レセプト)はご自身で医療機関へご請求ください。
- 資格喪失後受診による返還金請求：
診療報酬明細書(レセプト)、領収書(前保険者からの請求を支払ったもの)

資格喪失後(前保険者からの請求)の記入例

記入日 令和 6年 1月 1日

療養費
家族療養費

支給申請書

支給額： _____ 円

(健保組合使用欄)

未記入

記号 — 番号	記号と番号が不明な場合は 国のマイナポータルより確認		被 保 険 者 名							
1 — 1234 ※1	〇〇株式会社		健保 太郎							
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名	健保 花子	被扶養者の 生年月日	R2.12.1	続柄	子					
被保険者	住所	〒799 — 0101 愛媛県四国中央市三島朝日 2-12-45								
	電話番号	(0896) 24 — 5055								
療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具作成の為 <input type="checkbox"/> 自費診療(立替払)の為 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 子ども用眼鏡作成の為 <input checked="" type="checkbox"/> 前保険者からの請求によるもの							
傷 病 名	新型コロナウイルス	発 病 又 は 負傷の年月日	平成 令和	5年 10月 5日						
発病又は負傷の原因 及び経過	家庭内感染によるもの。 退職後に次の保険の手続きをせず受診したため、前の保険者から医療費の 請求が入った。									
診療又は手当を 受けた医療機関	名 称	〇〇小児科								
	所在地	愛媛県四国中央市三島朝日 1-2								
診療の期間又は治療用 装具・眼鏡の作成日	(自) 令 6年 12月 6日 ~ (至) 令 6年 12月 6日 (1 日間)									
診療又は手当に要した額	領収証の値段を記入		5,000 円							
(振込先金融機関名) ふりがな	支 店 名 ふりがな	普通・当座	(口 座 番 号)		(口 座 名 義) ふりがな					
伊予 銀行 金庫協 農 協	三島支店	普通	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎
(委任の場合)	を代理人と				被保険者名義を記入	ます。				

提出添付書類は
こちらで確認

不明な場合は国のマイナポータルより確認して
書類の提出が必要な方は、予め写しを取った後、健保へ原本をご提出ください。

添付書類

- 治療用装具作成：装具購入の領収証(原本)、装具装着証明書または指示書(原本)
※靴型治療用装具を作成の場合、装具の写真を添付
- 小児弱視等治療用眼鏡作成：眼鏡購入の領収証(原本)、弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本)
- 自費診療(立替払)：診療報酬明細書写し(レプト)、領収書(原本)
※診療報酬明細書(レセプト)はご自身で医療機関へご請求ください。
- 資格喪失後受診による返還金請求：
診療報酬明細書(レセプト)、領収書(前保険者からの請求を支払ったもの)