

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者
家族

療養費請求書 (治療用装具等)

①被保険者証の記号・番号	記号 1	②被保険者の氏名	健保 太郎		
	番号 12345				
③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
④被扶養者に関する申請の場合	氏名	生年月日	S H	年 月 日	被保険者との続柄
⑤発病または負傷年月日	H25 年 9 月 10 日		⑥傷病名	第2腰椎圧迫骨折	
⑦発病または負傷の原因	フットサルの試合中に一人で転倒 できるだけ詳しくご記入ください。				
⑧第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑨業務上または通勤途上での傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑩傷病の経過	腰の痛みがあり、現在通院中。痛みは徐々に軽減してきた。				
⑪診療を受けた医療機関	名称 〇〇医院	所在地	△△市××3-4-5		
⑫装着日または作成日	H25 年 9 月 12 日		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬治療用装具等の金額	34,659 円
⑭療養の給付を受けることができなかった理由(番号に○印)	① 装具の製作者は医療機関でないため ② 治療上、眼鏡による矯正が必要 ③ その他()				
⑮ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
	△銀行	××支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座	0123456	ケンホ° 太郎

上記のとおり請求します。

平成25 年 10 月 1 日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎



電話番号 * * * (* * *) * * * *

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

添付書類(※すべて原本を添付してください)

装 具	治療用眼鏡	弾性着衣等
・医師の意見書 ・装具装着証明書 ・領収証及び明細書	・弱視用治療用眼鏡等作成指示書 ・領収証及び明細書 ※レンズ、フレーム個々の価格の内訳が記載されたもの。	・弾性着衣等装着指示書 ・領収証及び明細書