

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)
 ※担当者を記入してください

被保険者
家 族

療養費請求書 (治療用装具等・小児用眼鏡)

①被保険者の 記号・番号	記号		②被保険者の 氏名							
	番号									
③事業所の名称										
④被扶養者に 関する申請の場合	氏名			生年月日	年	月	日	才	続柄 (長男・長 女等)	
⑤発病または 負傷年月日		年	月	日	⑥傷病名					
⑦発病または 負傷の原因										
⑧第三者行為に よるものですか		はい いいえ			⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか		はい いいえ			
⑩傷病の経過										
⑪診療を受けた 医療機関		名称			<input type="checkbox"/>	所在地				
⑫装着日または 作成日		年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬治療用装 具等の金額		円		
							給付額は7割または8割になります			
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)
						普通 当座				

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

電話番号

()

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

※役所への申請等で領収証の原本が必要な場合は、その旨お申し出ください。「原本証明」を返却します。

※療養費の振込は、関係書類を確認するため、装具装着月の3ヶ月以降となりますので、ご了承ください。