

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 番号	②被保険者の氏名				
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。