

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)

対応する項目に☑、○をつけてください。

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
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	R6年 8月 10日		⑥傷病名	左足関節捻挫	
⑦発病または負傷の原因	フットサルの試合中、シュートの際に身体のバランスを崩し転倒し、足をひねり負傷した。 ⑦できるだけ詳しく記入してください。				
⑧第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	⑨業務上または通勤途上の傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	⑧⑨が「はい」の場合は、請求不可です。	
⑩傷病の経過	現在通院中。装具を装着し、徐々に腫れはひいてきた。				
⑪診療を受けた医療機関	名称	所在地	〇〇クリニック ××市〇〇区△△3-4-5		
⑫装着日または作成日	R6年 8月 12日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	⑬治療用装具等の金額	8,530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( ) ⑭治療用装具の請求の場合は「1」を選択してください。				
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)
	〇〇銀行	△△支店	普通当座	0123456	ケンボ タロウ

上記のとおり請求します。

⑮被保険者(社員本人)の口座を記入してください。

R6年 9月 1日

被保険者の住所 〒123-4567

××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 ( 6123 )4567

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)

下記対応する装具の書類を準備し、請求書に添付し提出してください。

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。

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)

対応する項目に☑、○をつけてください。

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
④被扶養者に関する申請の場合	氏名 健保 花子	生年月日 R3年 12月 2日	2才 (長男・長女等)	長女	④9才以上は請求不可です。
⑤発病または負傷年月日	R6年 8月 10日	⑥傷病名	小児用弱視 ⑥弱視・斜視・先天白内障術後の屈折矯正以外の傷病は請求不可です。		
⑦発病または負傷の原因	先天性によるもの。		⑥弱視・斜視・先天白内障術後の屈折矯正以外の傷病は請求不可です。		
⑧第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	⑨業務上または通勤途上の傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	⑧⑨が「はい」の場合は、請求不可です。	
⑩傷病の経過	治療用眼鏡で経過観察中。				
⑪診療を受けた医療機関	名称 ○×眼科	所在地	××市○○区△△3-4-5		
⑫装着日または作成日	R6年 8月 12日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	⑬治療用装具等の金額	32,100円 <small>給付額は7割または8割になります</small>	
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( )		⑬小児用眼鏡の給付には上限額が定められています。 ⑭小児用眼鏡の請求の場合は「2」を選択してください。		
⑮振込先(被保険者名義)	金融機関名 ○○銀行	支店名 △△支店	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンボ タロウ

上記のとおり請求します。

⑮被保険者(社員本人)の口座を記入してください。

R6年 9月 1日

被保険者の住所 〒123-4567

××市○○区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

電話番号 06 ( 6123 )4567

添付書類(※すべて原本を添付してください)

下記対応する装具の書類を準備し、請求書に添付し提出してください。

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。