

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被保険者証の 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。