

記入例

店所名（支店コード）：××××

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具めがね）

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付し、治療用めがねの領収書には治療用眼鏡代と記載されていること。

被 保 険 者 記 入 欄			装 具 装 着	領収書日付(装具装着日)	令和5年 11月 15日	
被保険者等 記号・番号		1234—567890		装具作成機関名	メガネ製作㈱	
資格取得年月日		平成2年 4月 1日		装具明細 (型番、材質など)	※内記書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。 治療用眼鏡	
対象者		☐ 被保険者 ☒ 被扶養者				
被扶養者 のとき	氏 名	健保 五郎				
	生年月日	令和3年 10月 10日				
		続 柄		二男		
療養給付を受けられな かった理由		☒ 治療用装具装着				
傷 病 名		弱視				
発病又は負傷の年月日		令和5年 10月 22日（療養開始日）		治療用眼鏡の場合	前回購入した日付 今回初回 年 月 日 前回購入した時の年齢 歳	
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、 どのようにして)			記載内容にて請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を下記事業主に委任します。 被保険者 住所(建物名・部屋番号まで記入) 令和5年11月20日 神奈川県神奈川5-5-5 被保険者 氏名(自署)※PC入力の場合、押印要 健保 太郎			
入院、通院の別			内容に相違ないことを証明する。 : 令和5年11月25日			
診療又は手当の期間・ 日数			事業主 名称 日通〇〇運輸株式会社 事業主 氏名 日通 一郎			
傷病の経過及び手当の 内容			N X グループ健康保険組合記入欄			
診療・手当に要した額			整理番号			
診療・手当をした医療機 関、医師・歯科医師			金額 (数式等)			
他者によるものか			円			
他者の行為による場合 (事故等)			法定給付額 円 付加支給対象額 円			

* 学校(高校生以下の方が対象)で負傷し「災害共済給付制度」を利用された場合は「公費医療費助成届」の提出をお願いします。 N X グループ健康保険組合(2025年9月版)