

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書 (治療用装具 治療用眼鏡)

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

同意欄	私はトーエネック健康保険組合が本申請の決定にあたり必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係機関(事業主、医療機関、前加入保険者等)に照会すること、また関係機関がトーエネック健康保険組合の照会に対して回答することに同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。				
	同意日	令和	年	月	日

申請内容	受診者氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
	傷病名				第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	発病または負傷の原因およびその経過	いつ	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃				
		どこで				どこを	<input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> その他()				
		どうした				経過	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 手術後良好 <input type="checkbox"/> その他()				
	受診した医療機関	名称				診療した医師名					
		住所									
	診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
	入院期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
	診療の内容				装具(眼鏡)の金額	円					
※装具作製による申請の場合、以下の質問にお答えください。											
① 作製した装具の種類はどちらですか。											
<input type="checkbox"/> 装具を身体に合わせてオーダーメイドで作製した →②-Aへ <input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具を購入した →②-Bへ											
②-A オーダーメイドの場合、サイズ合わせはどのように行いましたか。											
<input type="checkbox"/> 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で型を取った <input type="checkbox"/> 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み、型を取った <input type="checkbox"/> 患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った <input type="checkbox"/> その他()											
②-B 既製品購入の場合、サイズ合わせはどのように行いましたか。											
<input type="checkbox"/> メジャーで測った → 誰が測定しましたか。 → <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> 試着した <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> その他()											

注意事項	添付書類	治療用装具 ① 保険医の証明書(原本) ② 領収書(原本) ③ 装具現物の写真	治療用眼鏡 ① 保険医の作成指示書等(写) ② 検査結果(写) ③ 領収書(原本)
	振込先	・ 在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・ 特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。	
	申請書提出先	・ 在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・ 特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。	

受付日付印