

提出先：被保険者 → ニチレイ健康保険組合

		記入不要			印欄	受付印
					係	
支給額		円				

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

会社名	株式会社 ○○○○		事業所名	○○事業所		
被保険者証の 記号・番号	1 2 3 4 — 3 4 5 6		被保険者名	日令 太郎		
療養を受けた者の 氏名	日令 花子		続柄	子	生年月日	○○年 ○○月 ○○日
発病又は負傷 の年月日	○○年 ○○月 ○○日		傷病名	弱視		
発病又は負傷の 原因及び経過	健診にて要再検査となり、眼科受診。検査の結果、弱視と診断され眼鏡を購入。					
診療を受けた 病院等	所在地	〒 123-4568 ○○都○○区○○1-1-1				
	名称	○○眼科		医師の氏名	○○ ○○	
傷害は第三者の 行為によるもの ですか	はい・ <u>いいえ</u> 「はい」の場合は健保にご連絡下さい。			費用の額	○○, ○○○ 円	
受取方法	事業所経由で	<input checked="" type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み)				
		<input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい。(退職者は必ず記入)				
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 日令 太郎					
振込先	ご本人名義の口座に限ります					
	銀行					
	口座番号					
上記のとおり申請します						
住所	〒 234-4556 ○○都○○区○○2-3-4					○ 日
被保険者氏名	日令 太郎					

ニチレイ健康保険組合理事長 殿

[提出書類]

- 療養費支給申請書(治療用装具)(メール添付可)
- 領収書(原本)
- 作成した装具の明細が記載されているもの(②に記載されている場合は不要)(メール添付可)
- 医師の装着指示書、作成指示書、同意書など(原本)
- 治療用装具の写真(治療用眼鏡は除く)(メール添付可)
※(装具の正面、側面(左右どちらか)、サイズ表示やロゴ、タグ等があればその写真をお願いします。)

送付先

〒104-8402 東京都中央区築地6丁目19番20号 ニチレイ東銀座ビル16階
ニチレイ健康保険組合 メール: N5500X032@nichirei.co.jp