

## 健康保険(被保険者・家族)療養費支給決定決議書<装具・メガネ>

健康保険組合記入	常務理事	事務長	係員	資格取得年月日	. .	標準報酬月額	千円
				資格喪失年月日	. .	備考	
				起案年月日	. .		
	支給金額		円		支払年月		年 月 日

## 健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書<装具・メガネ>

請求者が記入する欄	健康保険証の記号・番号		事業所の名称					
	被保険者名			本人			家族( )	
	請求対象者			生年月日		年 月 日		
	傷病名							
	発病または負傷の原因及びその経過		(いつ) 年 月 日( 曜日) 午前 午後 時頃					
			(どこで)					
			(なにをされていてどうした)					
	第三者によるものですか		はい		いいえ			
	治療を受けた病院等		(名前)					
			(所在地)					
			(治療した医師の名前)					
	治療期間		自 年 月 日 日間	入院	入院の場合	自 年 月 日 日間		
			至 年 月 日 日間	外来	期間	至 年 月 日 日間		
	作成した装具名(箇所)		( 用 )					
	装具(メガネ)の金額		円		装具の種類(装具の場合)		オーダーメイド 既製品	
払渡希望の金融機関名		銀行		本店		口座番号		
		金庫		支店		口座名義人氏名		
		農協						
上記のとおり請求します。								
年 月 日		請求者		住所				
		(フリガナ)		氏名		印		