

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

健康 使用 欄	受 付		登 録		常務理事	事務長	関係者	担 当
	受付番号		台帳記入		NO. 2 - 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日			
	支給額	法定		円	算 式	法定	円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$	
付加			円	付加		円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$		円

再生紙（裏紙）の申請は不可

連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。

~~療養費 家族療養費~~
~~一部負担還元金 家族療養付加金~~

届出日を必ずご記入ください。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 〇〇 年 4 月 15 日 届出

被 保 険 者	被保険者証	記号	1	会社名・所属	(株) △△支店××部××G
		番号	12345	連絡先	☎ ×××-××××-××××
が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	昭和 〇〇 年 1 月 1 日 平成
	被扶養者に関する申請の場合	氏名	健保 一子	続柄	長女
傷 病 名	弱視			発病または負傷年月日	昭和 〇〇 年 3 月 3 日 平成 〇〇 年 4 月 8 日 令和
	診療の内容	治療用メガネによる			原因、現在の状況を詳しくご記入ください。
入	発病または負傷の原因	器具装用にて症状軽快を期待			
す	診療科目	○眼科			
る	装具購入日または診療期間	令和 〇〇 年 4 月 9 日から	1 日間	装具購入額は診療に要した費用の額	22,970 円
と	療養の給付を受けることができなかった理由	① 業者による 必ずいずれかに○印をご記入ください。 ② 保険証を携帯しており提示できなかった為 ③ その他 ()			
こ	診療を受けた者の公費負担適用	有	1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児・子ども 4. その他 ()		
ろ	有・無	無	認定市町村名 名古屋 市 町 村		

領収書を参考に購入日をご記入ください。

領収書を参考にご記入ください。

必ずいずれかに○印をご記入ください。

必ずいずれかに○印をご記入ください。

- ◎必要書類
- ①治療用装具
 - ・保険医の同意書または証明書（本書）
 - ・領収書（業者発行本証）
 - ・装具写真貼付台紙
 - ・装具作製確認書
 - ②医療費全額負担
 - ・診療報酬明細書（レセプト※）または、診療内訳書（当組合所定用紙）（開封厳禁）
 - ・領収書（保険医発行本書）
 - ※医療機関ごとにレセプトの作成依頼と申請書の作成を行ってください。
 - ③治療用眼鏡
 - ・医師の作成指示書（病名および検査結果の入ったもの）
 - ・領収書（治療用眼鏡と明記がある本書）