

支給決定額		支給決定日				令和 年 月 日	給付記録 入力済印
療養費	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者		

A4で印刷して提出してください。

被保険者
家族 (7割) 治療用眼鏡等 療養費支給申請書
未就学 (8割)

被保険者が記入するところ	① 被保険者等	記号	〇〇	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
		番号	〇〇〇		氏名	健保 太郎		
	③ 資格取得年月日	昭和 平成 X 年 X 月 X 日 令和		④ 資格喪失年月日	平成 年 月 日			
	⑤ 装具を装着した者の氏名	健保 花子		⑥ 左記の者の生年月日	昭和 平成 X 年 X 月 X 日生 令和	⑦ 続柄	長女	
	⑧ 傷病名	小児弱視		⑨ 発病又は負傷の年月日	平成 X 年 X 月 XX 日 令和	⑩ <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災・通災 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもない		
	作製装具名	治療用眼鏡			(負傷の場合は 時頃)			
	⑪ 発病又は負傷の原因	健診で判明したため (いつ、どこで、どうしているときに等、 具体的に記入してください。)			⑫ 作製回数 (2回目以降の場合は前回作製日も記入) 初回 2回目以降 (前回: 年 月 日)			
	⑬ 診察を受けた病院等	名称	□□眼科		担当医氏名	〇〇〇 〇〇〇		
		所在地	〇〇県〇〇市△△…					
	⑬ 装具代支払日	令和 X 年 X 月 X 日	⑭ 装具代金	XX,XXX 円				

⑮ 確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。		令和 xx 年 xx 月 xx 日
	<input checked="" type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要性が生じた場合、照会する。	治療用眼鏡の場合、上限金額が設定されております。 例えば掛け眼鏡式ですと上限金額が40,492円ですので、 42,000円お支払いされた場合でも40,492円を上限として 7割：28,344円、8割：32,394円が支給されます。	

(記入上の注意)

- ・表題の「被保険者」、「家族(7割)」、「未就学児(8割)」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- ・⑮欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・領収証や添付書類は、原本を提出してください。
- ・写真添付、装具作製確認書の提出は不要です。

(支給決定について)

- ・給付金支給については、確認書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、決定には時間を要する場合があります。