

事業所担当部署	
係	長

(本人・家族) 療養費支給申請書 《小児治療用眼鏡》

申請の対象は9歳未満の弱視・斜視・先天性白内障手術後の屈折矯正の治療によるものです。

年 月 日 提出

本人欄	被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏 名	昭・平・令 年 月 日 生 ^⑤		
	事業所名 所属部署		被保険者 住 所	〒 - 電話 ()		
	家族の 支給申請	申請家族の 氏 名	平・令 年 月 日 生 (歳)	続 柄		
	治療の内容、 その後の経過					
記入欄	受診した 医療機関	所在地 名 称				
		医師名				
	治療を受けた 期 間	通 院 入 院	年 月 日 ~ 年 月 日迄 年 月 日 ~ 年 月 日迄	購入した 費用の額	(添付した領収書の金額) 円	

* 再作製については健康保険組合HPをご参照ください。

ご提出前にすべての添付書類がそろっているかをご確認ください。

【添付書類】

- 購入した眼鏡等の領収書 (原本)
- 眼科医の治療用眼鏡等の作製指示書

【給付金について】

- ・適正にお支払いをする為に審査に時間が掛かる場合があります
- ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します

【ご注意ください】

対象年齢	治療用眼鏡等の更新
9歳未満 (※1)	0歳～4歳：前回の装着 (作成) 日 (※2) から1年以上経過していること 5歳～8歳：前回の装着 (作成) 日 (※2) から2年以上経過していること

※1 年齢の基準日：治療担当した医師が治療用眼鏡当の作成指示書を作成した日付

※2 装着 (作成)：前回購入した治療用眼鏡等の領収書の日付

健保記入欄	被保険者	認定日	年 月 日	作製履歴	有 ・ 無
		喪失日	年 月 日		(年 月 日)
	被扶養者	認定日	年 月 日	前回作製時年齢	歳
		喪失日	年 月 日	耐用年数	年 ヶ月