

記入見本

事業所担当部署	
係	長

受診者に○

本人氏名を記入してください

(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治療によるものです。

○年 ○月 ○日 提出

本 人	被保険者等 記号・番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎 昭平 ○○年 ○○月 ○○日生 (印)	
	事業所名 所属部署	プリチストン○○○○○ ○○○部 ○○○課	被保険者 住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町 ○-○ 電話 △△△ (○○) ××××	
記 入 欄	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	健保 二郎 昭平 ○○年 ○○月 ○○日生 (○○歳)		続柄 次男
	治療の内容、 その後の経過	治療用の眼鏡を作製 本人からみた受診者家族の続柄			
入 欄	受診した 医療機関	所在地	○○県○○市○○町○-○		
		名称	○○眼科		
欄	治療を受けた 期間	通院 入院	○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○年 ○○月 ○○日迄 年 月 日 ~ 年 月	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

給付確認

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	前年作製時年齢	歳
		喪失日	年 月 日	耐用年数	年 ヶ月

健康保険組合にて記入