

*眼鏡及びコンタクトレンズ（治療用眼鏡等）については9歳未満の小児の弱視、斜視または先天性白内障術後の屈折矯正の治療に必要な場合に限りされています。
*治療用眼鏡等の更新の場合は、年齢や装着期間によって、療養費の給付対象とならないことがあります。

受付日付印

治療用眼鏡

支給決定伺

				年	月	日	伺出	
				年	月	日	決議	
				年	月	日	施行	
常務理事	事務長	事務課(係)長	係	資格	得	年	月	日
					喪	年	月	日
支給決定額				支給期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
円				備考				被扶養者確認

事業所担当者印

健康保険 被保険者
家族

療養費支給申請書

提出年月日を記入してください。
令和〇年〇月〇日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号は保険証に記載してあります。 被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123456	被保険者氏名は保険証に記載してあります。 被保険者の氏名・生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎
	被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇町1-1-1 電話 888-888-8888		
	傷病名	弱視	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 不明
	傷病又は負傷の原因	先天性		
	傷病の経過	継続治療中		
	診療又は手当を受けた医療機関	名称 〇〇病院	所在地 東京都〇〇区〇〇3-3-3 <small>〇で囲みます。</small>	
	診療又は手当の内容	弱視治療用眼鏡による矯正		入院入院外別 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 入院外
	①診療又は手当の期間	平成・令和 30年〇月〇日より 平成・令和 30年〇月〇日まで	1 日間	診療又は手当に要した費用の額 領収書に記載されている金額を記入してください。 28,000円
	療養の給付を受けることの出来なかった理由	「治療用装具装着の為」と記入してください。 治療用装具装着の為		
	傷病が第三者の行為に因るときはその事実及び氏名及び住所（不明のときはその旨）	今回の傷病が労災・通災・第三者の行為によるものであるか、記入してください。 (第三者の行為とは？交通事故、他人からの暴力、食中毒等をいいます。) 第三者の行為によるものは療養費の対象外になるため、健保組合へ連絡ください。 該当しない		
被扶養者(家族)の名前・生年月日・続柄を申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	健保 一郎	被扶養者の生年月日	昭和 平成 29年4月11日 令和 続柄 長男	

①診療又は手当の期間
「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。