

健康保険 療養費支給申請書 【弱視等治療用眼鏡の購入の際の記入例】

届出	令和 3 年 6 月 1 日										
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名	健 康 太 郎			所 属 事 業 所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇課 〇〇担当			
	記号	番 号						TEL (000) 123-4567 (内123-4567)			
	20	555555		生 年 月 日	昭和 50年 10月 15日 平成			現住所	〒 000-1234 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101 Tel (000) 9876 - 5432		
該 当 者	フリガナ 氏 名		続柄	生 年 月 日			性別	公費該当の場合 その 種 別			
	フリガナ ケンコウ ジロウ 健 康 二 郎		子	昭和 平成 令和	年 29	月 3	日 20	男 女	重度身体障害者医療 (乳児・子ども医療 など)		
保険証を使用 できなかった理由		弱視等治療眼鏡の購入のため									
傷 病 名		両遠視・屈折性弱視			発生年月日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
傷 病 の 原 因		不明			傷病の経過		良好				
診療を受けた 医療機関		所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 名称 〇〇〇〇病院			治療用眼鏡装着後の経過について記入してください。						
診 療 の 期 間		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 年 月 日まで			日間	診療に 要した費用	〇〇, 〇〇〇 円 別添領収証のとおり				
診 療 の 内 容		小児用治療用眼鏡の作成・購入									
負傷が外傷 によるとき		1. 自損事故によるもの 2. 第三者の行為によるもの 3. その他 ()			治療用眼鏡を購入した日を 記入してください。						

給 付 額	療 養 費									円
	附 加 金									円
支 払 額	本人・家族 算	高額療養費								円
	本人・家族・6歳未満・高齢者・入院・外来									

国・県・市町村から、医療費の助成が受けられる公費負担医療に該当している場合は記入してください。該当していない場合は、何も記入せず提出してください。

医師が治療用眼鏡の作成を指示した日を記入してください。

治療用眼鏡の作成に要した費用を記入してください。

被保険者確認欄 この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。
 ① 申請者本人（被保険者）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。

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

- (注意事項)
- ・診療に要した費用の申請には、領収証と診療報酬明細書（すべて原本）を添付してください。
 - ・海外において診療した場合は、領収証と診療報酬明細書（すべて原本）のほか「調査に関わる同意書」および旅券等の海外に渡航した事実が確認できる書類（写し）を添付してください。
 - ・治療用器具などの申請には、内訳記載がある領収証（内訳記載がない場合は領収書と見積書等でも可）と医師の必要とした旨の診断書または証明書（すべて原本）を添付してください。
 - ・本申請は、直接健康保険組合に提出してください。

受 付 印