

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用眼鏡)

被保険者 (申請者) 記入用

被 保 険 者 情 報	会社名 (出向者は出向元の 会社名)	株式会社●●●●	社員番号	1234567	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください			
	健康保険の 記号・番号	(記号) 10 (番号) 1234						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ● ● ● ● ● ●	
	住所	(〒 500 - 0000) 大阪 都道府県 大阪市●●町 1-2-3						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (●●●●) ●●●●						
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

振 込 先 指 定 口 座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	金融機関 名称	●● ●● ●● ●● 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()			●● ●● ●● ●● 本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	● ● ● ● ● ● ● ●			
▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。							
口座名義 (カタカナ)		ケンポ タロウ					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用眼鏡)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 治療用眼鏡等の装着者

2

2. 家族 (被扶養者)

氏名

健保 一郎

生年月日

☐ 平成 ☒ 令和

●●年 ●●月 ●●日

2 傷病名

弱視

3 種類・購入日・作成について

1. 種類

眼鏡

・ コンタクトレンズ

2. 購入日

令和 ●●年 ●●月 ●●日

3. 作成について

初めて

・ 再作成

4 診療を受けた医療機関等の

名称

●●眼科医院

所在地

大阪府 ●●市 ●●
●-●-●

診療した医師等の氏名

●山 ●太

5 治療用眼鏡等に要した
費用の額

●●,●●●

円

6 療養費の支給申請の理由

6

6. 治療用眼鏡装具を作成したため

【添付する書類】

- ① 領収書(原本)および領収書の内訳(見積書など)
※領収書に明細が記載されている場合は、領収書(原本)のみで可
- ② 医師の「治療用眼鏡等の作成指示書」の写し
※「治療用眼鏡等の作成指示書」に傷病名が記載されていること

【注意事項】

- ① 対象年齢は、9歳未満の小児です
- ② 支給対象となるのは、「小児弱視」「斜視」「先天白内障術後」の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡およびコンタクトレンズの作成費用です
- ③ 支給対象上限 : (R6.3.31まで) 治療用眼鏡 38,902円 コンタクトレンズ(1枚) 16,324円
(R6.4.1から) 治療用眼鏡 40,492円 コンタクトレンズ(1枚) 13,780円

【治療用眼鏡等の更新(作り直し)について】

治療用眼鏡等の係る療養費の支給を受け、その後再度治療用眼鏡等を作成し、療養費の支給申請をする場合は、下記の要件を満たすことが必要です

- 5歳未満の小児 : 更新前(前回作成時から)の装着期間が1年以上あること
5歳以上の小児 : 更新前(前回作成時から)の装着期間が2年以上あること