

健康保険 家族療養費 支給申請書 (治療用眼鏡)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ) _____		自署の場合は押印を省略可 押印はシャチハタ以外
	住所	(〒 _____) 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	_____ ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の順) _____	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

給与口座へ振込みのため記入不要です

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		氏名・印 _____ (印)	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 _____) 同 上	委任者と代理人との関係
	(フリガナ) _____	氏名・印 _____ (印)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

前回購入日	H R	年	月	日
購入時年齢	歳			
資格取得	S H R	年	月	日
認定	S H R	年	月	日
支給額	_____ 円			

更新前装着期間 : 5歳未満1年以上、5歳以上2年以上
支給対象年齢 : 眼鏡指示書作成日時点 9歳未満

(R元.5)

健康保険 家族療養費 支給申請書 (治療用眼鏡)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		続柄	
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1病気 <input type="checkbox"/> 2ケガ (病気の場合は原因および経過、ケガの場合は、いつどこで、何をしていたかをご記入ください)			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
		名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	6 眼鏡作成にかかる診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで 日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで 日数 日
	7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日	8 装具装着日	(令和) 年 月 日	
	9 治療用眼鏡費用の額	円 【参考】支給対象上限額(眼鏡) 38,902円			
	10 診療の内容	小児弱視の治療			
11 療養費の支給申請の理由	小児弱視治療用眼鏡を作成したため				

※ 領収証(レシートは不可)および眼鏡作成指示書(処方箋・検査結果)原本を添付の上、申請書を健康保険組合へ送付ください。
 市区町村にてこども医療費助成を受ける場合は、領収証・眼鏡作成指示書^{コピー}をあらかじめ保管し、健保組合から後日送付された決定通知書とともに市区町村へ申請ください。