

健康保険 被扶養者 療養費支給申請書

(小児治療用眼鏡等)

※対象者は9歳未満の小児です。

| | | | |
|-----|----|-----|------|
| 事業所 | 健保 | | |
| 担当 | 担当 | 事務長 | 常務理事 |
| | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|--------------------------------------|--------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 提出日 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓) | | | |
| | 被保険者の記号 - 番号 | 被保険者の所属・氏名 | | (フリガナ) | | |
| | 被保険者の生年月日 | | 年齢 | 被保険者の住所 | | |
| | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 歳 | 〒 電話 () - | | |
| | 療養が被扶養者 に関するときは、 その方の | (フリガナ) 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 被保険者との 続柄 | |
| | 傷病名 | 発症又は 負傷年月日 (療養開始日) | | 令和 年 月 日 | | |
| | 診療を受けた 病院等の | 名称 | 所在地 | | 眼鏡購入の金額 | |
| | 眼鏡作成 指示日 | 令和 年 月 日 | 眼鏡装着日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。 | | | | |
| | | 受取方法 | 代理人 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 給与振込 | (事業所名) | | | | |
| 健 保 記 入 欄 | 治療用眼鏡 前回支給日 | 平成 令和 | 年 月 日 | 5歳未満は装着期間1年以上 5歳以上は装着期間2年以上 | | |
| | 療養の原因 | <input type="checkbox"/> 眼鏡 弱視眼鏡掛けがね式 | | <input type="checkbox"/> 眼鏡 コンタクトレンズ | | |
| | | 装着日 | 令和 年 月 日 | 備考 | | |
| | 診療総額 | 給付の割合 | 計 算 (小数点以下切捨て) | | 決定額 | |
| 円 | 義務教育 就学前 | 8割 | × 1.060 = | | 円 | |
| ※支給申請額は、児童福祉法 の規定に基づく基準額 (38,200円)が上限 | 義務教育 就学後~9歳 | 7割 | 0.8 × or = | | | |
| | | | 0.7 | | | |

- ※ 添付書類 1. 領収書 (フレーム、レンズの単価、レンズの倍率、割引があれば割引額、税抜き価格表示) (原紙)
2. 医師の治療用眼鏡等の作成指示書 (写し)
3. 医師の装着確認と装着後の検査結果

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

支払印