

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

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。

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	年	月	日	歳	〒			
	令和						電 話 () -			
	療養が被扶養者 に関するときは、 その方の	(フリガナ)				生 年 月 日		年 齢	被 保 険 者 の 続 柄	
		氏 名				昭和	平成	年	月	日
	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					眼鏡購入の金額			
所在地						円				
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	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