

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 00 年 00 月 00 日	☒ 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	6700 - ××××	被保険者の 所属・氏名	(フリガナ) ヤスカワ タロウ 安川 太郎
	被保険者の生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日 平成 00 年 00 月 00 日 令和	年 齢	被 保 険 者 の 住 所 〒 000-0000 北九州市八幡西区△△町××番地 電 話 () -
	療養が被扶養者 に関するときは、 その方の	(フリガナ) ヤスカワ ハナコ 氏 名 安川 花子	生 年 月 日	年 齢 被 保 険 者 と の 続 柄 昭和 00 年 00 月 00 日 平成 00 年 00 月 00 日 令和 00 歳 長女
	傷 病 名	両斜視・弱視	発症又は 負傷年月日 (療養開始日)	令和 00 年 00 月 00 日
	診療を受けた 病院等の	名 称	〇〇眼科	眼鏡購入の金額
		所在地	北九州市八幡西区△△町××番地	37,800 円
	眼鏡作成 指示日	令和 00 年 00 月 00 日	眼鏡装着日	令和 00 年 00 月 00 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	
	☒ 給与振込	(事業所名)	(株) 安川電機 または (Y E)	
健 保 記 入 欄	治療用眼鏡 前回支給日	平成 年 月 日 令和	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	☐ 眼鏡 弱視眼鏡掛けがね式 装着日 令和 年 月 日	☐ 眼鏡 コンタクトレンズ 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