

療養費支給申請書（眼鏡用）

年 月 日提出

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|--------|------|-----|-------|---------|------------|-----------------|--|
| 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証 記号－番号 | － | フリガナ | | | | | | | | |
| | 所 属 | 部 室・工場 課 係 | | | | | | | | | |
| | 社内メール | 〒 | 内 線 又は外線 | － | 書記名 | | 書記TEL | － | | | |
| | 被保険者住所 | 〒 | － | TEL() | | | | | | | |
| | 照会等の同意 | 私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、装具会社、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることを同意します。 | | | | | | | 被保険者氏名（署名） | | |
| | 療養を受けた 方の氏名 | | | | 生年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 | 続柄 | |
| | 医療扶助該当 の有無 | 有 | 有の場合は、該当する制度に○を付けて下さい。 | | | | | | | | |
| | | 無 | 1. 子ども医療 2. 障害者医療 3. ひとり親医療 | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 該当の傷病名に○を付けて下さい。 弱視 ・ 斜視 ・ 先天白内障術後の屈折矯正 | | | | | | | | | |
| | 療養を受けた 医療機関 | 名 称 | | | | | | | | 療養に要した費用（領収書金額） | |
| | 所在地 | | | | | | | | 円 | | |
| | 医師名 | | | | | | | | | | |
| 給付金振込先 | 振込先(被保険者名義) ※裏面の3項④をご確認下さい。 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 店 番 | | 口座番号 | | | | |
| | 銀行・信金 | | | | 店 | | 預金種別 | フリガナ | | | |
| | 信組・農協 | | | | | | 普通・当座 | 口座名義人氏名 | | | |
| | 金融機関コード（健保記入） | | | | | | | | | | |

申請する理由と必要書類

| | | |
|------------------------------|---|---|
| 申請する理由 | 治療用眼鏡の装着 | 提出前の最終チェック |
| 必要書類 (書類の確認の際に ご利用下さい) | <input type="checkbox"/> 眼鏡代金の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 医師の意見書(原本) <input type="checkbox"/> 処方箋(写し) ※医師の意見書が処方箋と一体となっている場合は、③処方箋(写し)の添付は不要です。 | <input type="checkbox"/> 眼鏡代金の領収書は原本が添付してありますか <input type="checkbox"/> 医師の意見書は原本が添付してありますか <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の支給基準は確認しましたか ※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。 <input type="checkbox"/> D'sぼーたるは登録してありますか |

治療用眼鏡等の支給基準（詳細は、デンソー健保ホームページをご確認ください）

| | | | |
|------|---|------|------|
| 対象病名 | 弱視・斜視・先天白内障術後の屈折矯正 | 対象年齢 | 9歳未満 |
| 対象装具 | 治療用眼鏡・コンタクトレンズ（アイパッチ及びフレネル膜プリズムは対象外） | | |
| 更新条件 | 5歳未満・・・治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合 5歳以上・・・治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合 | | |

| | | | | | |
|---|---------|---|-------|-----------|-----------|
| 健 康 保 険 組 合 使 用 欄 | 給付区分コード | 111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他 () | 支給番号 | 500 | |
| | 区 分 | 1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7 | | | |
| | 資格取得日 | 資格喪失日 | 支給期間 | R | 年 月 日から |
| | 家族番号 | 医療扶助 | | 有 () ・ 無 | R |
| | 診療実額 | 円 | 給付額合計 | 円 | 付加金・高額療養費 |
| 備考 | | | | | |

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 室 長 | 検 討 | 担 当 | 受 付 |
| | | | |

<療養費とは>

やむを得ない事情で保険証を持たずに医師にかかったり、治療のために装具が必要になったときなどは、いったん全額を立て替え払いし、後で健保組合に申請します。

健保組合に認められると、「療養費（家族は第二家族療養費）」として払い戻しが受けられます。

よって、医師に装具の作製を薦められた場合でも、健保組合の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

<注意事項>

1. 申請ができるとき

- ①斜視・弱視・白内障の治療用眼鏡を購入した場合。但し、対象年齢、支給回数、給付金額に制限がありますので、申請する前にデンソー健康保険組合のホームページをご確認下さい。

2. 締切日と支給日

- ①締切日は毎月10日（土・日・祝日の場合はその前日）です。（健康保険組合必着）
但し、毎年8月に限り（長期連休があるため）締切日を稼働日2日目に変更します。
- ②①の締切日までに健康保険組合に届いた分について、当月27日（土・日・祝日の場合はその前日）に健保登録口座へ振り込みます。手続上、入金までに2～3日要する場合もありますのでご了承下さい。
また、書類の不備や内容の調査等により支給を決定するまで H・R 年 月 日
- ③請求の効力は2年です。2年以内に提出して下さい。（時効の起算日：治療用装具の費用を支払った日の翌日）

3. 申請書記入上の注意事項

- ①ボールペンで記入し（鉛筆書き不可）記入もれのないようにして下さい。
- ②書記名・書記内線欄は、本人の内線または外線がない場合、ご記入ください。
- ③病院で治療を受けた際に、窓口で個人負担分の一部または全部を支払っていない方は、医療扶助該当の有無欄の該当する制度に○を付けて下さい。
- ④振込先について
・健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。
※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。
【健保の給付】→病気やけがをしたとき→健保登録口座がある事業所一覧
https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list
上記以外の事業所の場合：表面の給付金振込先をご記入下さい。（健保給付金振り込みが2回目以降の方は記入不要）
※健保登録口座以外の振り込みは出来ません。
（請求書または申請書等により、健保からの給付金を受け取ったことがある方はその口座が登録口座となります）

4. 添付書類

- ①眼鏡代金の領収書(原本)
②医師の意見書(原本)
③処方箋(写し)
※①～③の添付書類すべて提出が必要です。書類が揃っていない場合は、返却させていただきます。
医師の意見書が処方箋と一体となっている場合は、③処方箋(写し)の添付は不要です。

5. 個人情報保護について

- ①ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内及び保険給付等の支払いに使用する場合があります。
②個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。

6. その他

- ①「こども医療」等の給付申請のため、領収書、証明書等が必要となる場合があります。提出前にコピーを取っておいて下さい。
②詳細についてはデンソー健康保険組合HP <https://www.denso-kenpo.or.jp> をご覧ください。

7. 問い合わせ・書類送付先

デンソー健康保険組合 給付G 〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地（社内メール〒1130）
外線 TEL 0566-25-9620 FAX 0566-24-6301
内線 TEL 551-89148 E-mail kenpo_kvufu@jp.denso.com