

記入例

療養費支給申請書（眼鏡用）

〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	フリガナ	ケンボ タロウ															
	被保険者証 記号－番号	1	1 2 3 4 5 6														
	被保険者氏名 (署名)	健保 太朗 <small>請求書裏面、記入例を全て確認の上、請求します。</small>															
	所 属	〇〇	部	〇〇	室	工場	課										
	社内メール	〒1234	内 線 又は外線	5 5 1 - 1 2 3 4 5			書記名	〇〇									
	被保険者住所	〒 4 4 8 - 〇〇〇〇	愛知	都・道 府・県	〇〇	市 区	〇〇	区・町 村	〇丁目〇番地								
	TEL (0 5 6 6)	〇〇 - 〇〇〇〇															
	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に同意します。															
	被保険者氏名 (署名)	健保 太朗															
	療養を受けた 方の氏名	健保 花			生年月日	H・R	〇〇年	〇月	〇日	続柄	長女						
医療扶助該当 の有無	有	有の場合は、該当する 1.子ども医療															
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	〇〇〇〇眼科					療養に要した費用 (領収書金額)										
	所在地	刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地					25,000 円										
	医師名	〇〇 〇〇															
振込先(被保険者名義) ※裏面の3項⑤をご確認下さい。																	
給付金振込先	フリガナ	〇〇〇〇			〇〇〇	店番	1	2	3	口座番号	0	0	1	2	3	4	5
	〇〇〇〇	銀行・信金	〇〇			店	預金種別		フリガナ	ケンボ タロウ							
	〇〇〇〇	信組・農協	〇〇				普通・当座		口座名義人氏名	健保 太朗							
金融機関コード (健保記入)																	

必ず請求書裏面、記入例を全て確認した上で請求して下さい。

医療扶助「有」・・・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

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 checked="" type="checkbox"/> 眼鏡代金の領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 処方箋(写し) <small>※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。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡代金の領収書は原本が添付してありますか <input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見書は原本が添付してありますか <input checked="" type="checkbox"/> 治療用眼鏡の支給基準は確認しましたか <small>※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。</small> <input checked="" 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	5 0 0			
	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	年	月	日まで	日間			
	診療実額	円	給付額合計	円		付加金・高額療養費	無 ・ 有 ・ 停止					
備考												

室 長	検 討	担 当	受 付