

# 小児弱視等の治療用眼鏡を作成した場合

(対象:9歳未満)

夫養者  
養照合印

※印欄は記入しないでください。

※ 支給 決議 書	支給額	拾萬 萬 千 百 拾 円															
	支給内訳	法定	この欄は、健康保険組合が記入							療養	始	年 月 日					
		付加								療養	終	年 月 日					
	種目									考							
	総医療費																
	自己負担額																
支給額																	

## 健康保険(被保険者・**家族**)療養費、高額療養費、付加金支給申請書

(記入上の注意)

ウ、イ、ア、  
⑩欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間について  
⑪欄の特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。  
ただし、その額が明確でないときはその旨を記入し、医療機関等で支払った金額  
を請求は、つきによって作成して下さい。  
ごこと、被扶養者ごとに作成して下さい。  
を受けた医療機関に内科と歯科とあるときは、別々に作成して下さい。  
医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成して  
のうち、調剤があるときは、別々に作成して下さい。

① 被保険者証 記号 101 番号 1111	② 被保険者の 氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎	③ 健康 保険 組合 印
④ 住所 東京都品川区東五反田1-2-3 〒03-5555-6666		(郵便番号 777-7777)
⑤ 被保険者の 勤務する(して いた)事業所 名称 株式会社 IMAGICA Lab. 所在地 東京都品川区東五反田2-14-1 〒03-1111-2222		
⑥ 診療を受けた者 氏名 健保 花子 続柄 長女 年令 5 才		
⑦ 診療を受 けた病院 等 名称 〇〇〇 眼科 所在地 神奈川県横浜市〇〇区***-**		
⑧ 療養の種別 (いずれかに〇印) 入院 外来 調剤 歯科		
⑨ 眼鏡の作製日 *****	眼鏡の購入代金 32,000 円	
⑩ ⑦の病院等で診 療を受けた期間 令和 1 年 6 月 5 日から 同月 5 日までの 診療実日数 1 日	⑪ ⑩の期 間に受けた 診療に対し 病院等で支 払った額	
⑫ 払渡希望の銀行 (被保険者の) 三井住友 銀行 品川 支店 (普通口座) (口座名義カナ)		
⑬ 療養の給付を受 けることができ なかった理由 眼鏡作成のため	口座番号、名義を記入	
委任状 私 の 氏 名 この欄は、給付金を被保険者以外の方の口座へ 振込希望の場合は、記入してください。	日 印 印	

お振込先は被保険者本人の  
口座に限りませう。

口座番号、名義を記入

- \* 添付書類 ① 療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書の**原本**(コピー不可)
- ② 治療用眼鏡を作成または購入した際の領収書**原本**(コピー不可)  
→宛名は、本人(お子さん)の名前で、フレーム〇円、レンズ〇円などを具体的に記入してあるもの
- ③ 検査結果(眼鏡処方箋、但し作成指示書に視力等の検査結果の記入があれば不要)