

提出先: 健保組合(大阪オフィス内) Date of application (YY/MM/DD) ●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

(For prescription eyewear/contact lenses) EXAMPLE

サントリー健康保険組合 御中
Application Form for Medical Care Expenses
療養費支給申請書
Insured person

対象となるものは以下の通り。
※1. 9歳未満の小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡及びコンタクトレンズ。
(以下「治療用眼鏡」または「治療用コンタクトレンズ」を選択)
※2. スティーヴンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死の眼後遺症による輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ。
(以下「治療用コンタクトレンズ」を選択)
【添付書類】は当申請書欄外参照

事業所 Establishment 部署 Division ●●●部
勤務先 Place of work
記号 Symbol
番号(氏名コード) ●●●●●●●●
Health insurance card
Seal **健保**
氏名 Name 健保 太郎
Not required if signed by hand
氏名自署の場合は不要
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。

受診者 Patient 氏名 Name 健保 一郎 生年月日 Birth date (YY/MM/DD) [和暦] ●● 年 ●● 月 ●● 日 続柄 Relationship 長男

装具の内容 Details of equipment *該当するものに○印 *Circle as applicable:
治療用眼鏡 Prescription eyewear 治療用コンタクトレンズ Therapeutic contact lenses

助成・給付などの受給 ... 医療費助成・給付金を受ける場合は、健保の付加は不支給になります
Subsidy/assistance recipients: If you are a recipient of medical expenses subsidy/assistance, additional benefits will not be paid by health insurance.
市区町村などの医療費助成(乳児・福祉医療)や独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付金を
* Circle as applicable (recipient / not a recipient).
* 該当に○印 (受ける 受けない)
(↑ 健保からの療養費支給後に、自己負担分を自治体等に申請して給付を受ける場合は「受ける」になります)

健保支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	備考 治療用眼鏡等費用(円) 原長具 ¥ 支給年月 . .
	Payment decision by Health Insurance Association			
	今回支給対象期間	年 月 日	～ 日 (日間)	
	前回支給対象期間	年 月 日		
	前回支給日	年 月 日		
被保険者の資格	年 月 日	取得・喪失		
扶養者認定の有無	有(年 月 日取得)・無			

【添付書類】
※1. 9歳未満の小児の弱視等の治療の場合
屈折矯正「領収書(原本)」と「保険医の作成指示書等の写し」と「患者の検査結果」
※2. スティーヴンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死の眼後遺症の場合
「領収書(原本)」と「保険医の作成指示書等の写し(備考として疾患名が記載された処方箋の写し等
Benefits will be paid on the payday of the month after the month in which the documents are
支払対象となる疾病のみの指示したことが確認できるもの)」
書類到着の翌月給与日に支給します。
If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.
在職者は給与明細の【支給】健保給付金(非課税)欄で確認ください
任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます
If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.