提出先：健保組合(大阪オフィス内)　　年　　月　　日　申請

サントリー健康保険組合　御中

下記により申請します

【治療用眼鏡・コンタクトレンズ】

療養費支給申請書

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

被保険者			
勤務先	事業所	部署	
保険証	記号	番号（氏名コード）	
氏名			㊞ 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	氏名	生年月日 [和暦] 年　月　日	続柄

装具の内容　　**＊該当するものに〇印**

治療用眼鏡　・　治療用コンタクトレンズ

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

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

＊該当に〇印　（　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		支給決定額
					療養費　¥　万　千　百　十　円

今回支給対象期間	年　月　～　日（　日間）	備考：治療用眼鏡等費用（　円）
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	支給年月　・　・

【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（備考として疾病名が記載された処方箋の写し等
　支給対象となる疾病のため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。
　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。

2018.6