

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

【治療用眼鏡・コンタクトレンズ】

下記により申請します

療養費支給申請書

※ 9歳未満で、弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用であること。
 ※ 「領収書(原本)」と療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等(医師の意見書)(原本)を添付ください。

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	

所屬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]	続柄
	年 月 日		
装具の内容 * 該当するものに○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○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)	治療用眼鏡等費用(円)								
	前回支給対象期間			年 月 日	備 考								
	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 . . .									

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。