

申請者→健保→支払

平成 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	事業所	部署
	勤務先	
	記号	番号(氏名コード)
保険証		
氏名		Ⓜ 氏名自署の場合は不要

受 診 者	氏名	生年月日	続柄
		平成 年 月 日	
<b>装具の内容 * 該当するものに○印</b> 治療用眼鏡 ・ 治療用コンタクトレンズ			
<b>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</b> 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。