

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

記入見本

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	勤務先	SWH	部署	●●●部
	記号	保険証	●●●●	番号(氏名コード)	●●●●●●
	氏名	健保 太郎			健保
	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	健保 一郎	生年月日	●●年 ●●月 ●●日	続柄	長男
装具の内容 *該当するものに○印 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用眼鏡 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受ける ・ <input type="checkbox"/> 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 ~ 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。