

支給金額	円			
支給期間	令和	年	月	日～
	令和	年	月	日 日間

常務理事	事務長	担当

療養費支給申請書（治療用眼鏡等）

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険証の 記号・番号				事業所名				
被保険者氏名	㊦			生年月日	昭和 平成	年 月 日		
被保険者の住所	〒 ()							
申請が被扶養者 に関するときは	氏名		生年月日	平成・令和	年 月 日		続柄	
傷病名					発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日	
発病または 負傷の原因								
診療を受けた 病院等	名称			所在地	〒			
	医師名							
診療の内容								
診療の期間	令和	年	月	日から	入院・通院の別	費用	円	
	令和	年	月	日まで				
保険証を提示で きなかった理由								
第三者行為によ るものですか？	いいえ・はい		相手の氏名					
			相手の住所	〒				
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。							
	令和 年 月 日							
	被保険者（請求者）氏名 ㊦							
	代理人の 氏名と印	(フリガナ) ㊦						
	代理人の 住所	〒 -						

(添付書類) ①. ② ㊦原本を添付ください。

①医師の証明書

②治療用眼鏡の領収書

(支給について)

支給対象者：9歳未満の小児

支給対象となる金額の上限 眼鏡：40,492円

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。

給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認ください。

給付金は給与上乘せでお支払い致します(任意継続の方のみ届出されている口座振込)

健保 使用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額	千円
		医療費 (a)	支給率 (b)	足切り額 (c)	金額 (a × b - c)	
	法定給付	円	割			円
	付加給付	円			円	円