

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 4 年 12 月 1 日

健康保険証の 記号・番号	1 0	1 2 3 4 5 6	事業所名	愛知製鋼 株式会社		
被保険者氏名	愛知 太郎 ㊟		生年月日	昭和 平成	6 0 年 4 月 2 0 日	
被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇90番地			Tel (052) 111-1111		
申請が被扶養者 に関するときは	氏名	愛知 鋼太	生年月日	平成(令和)	1 年 10 月 1 日	続柄
傷病名	弱視			発病または 負傷年月日	平成 (令和) 1 年 5 月 1 5 日	
発病または 負傷の原因	生まれつき					
診療を受けた 病院等	名称	〇〇病院		所在地	〒476-0003 東海市荒尾町〇〇1-1	
	医師名	東海 一郎				
診療の内容	小児弱視等の治療用眼鏡作成など					
診療の期間	令和 4 年 11 月 15 日から			入院・通院の別	費用	3 0, 0 0 0 円
	令和 4 年 11 月 15 日まで					
保険証を提示で きなかった理由	眼鏡の制作費は、保険上現金扱いのため					
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