

記入例（小児治療用眼鏡）

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者  
家 族

療養費支給申請書

①	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日	②	業所（会社） 名称	任意継続
	被保険者証の 記号・番号	記号 1 2	番号 3 4 5 6 7	被保険者氏名	ケボ タロウ 健保 太郎
	連絡先住所・ 電話番号	(〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○)			
③	対象者氏名	健保 七海	対象者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○年○月○日 被保険者 との続柄 子
④	傷病名	右不同視弱視	⑤	発病または 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日
⑥	発病または 負傷の原因	先天性	診療または 手当の内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の作成 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他	
	傷病の経過	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
⑦	診療を受けた 医療機関 調剤薬局等	名称 ○○眼科クリニック	医師または薬剤師の氏名 ○○ ○○		
		住所 ○○県○○市○○町△△△番地			
⑧	診療または手当の期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 年 月 日 まで	⑨	現在治療中 日間	診療または装具 等に要した費用 の額 39,000円
	療養の給付を受ける ことができなかった 理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持たずに医療機関を受診したため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具、治療用眼鏡等を作成し、費用を全額負担したため <input type="checkbox"/> 当組合に加入する前の保険証を使って受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	傷病が第三者の行為に 因るものであるか否か	記入不要			
⑩	受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します			
⑪	振込先 指定口座	金融機関名称 ゆうちょ 銀行 一二三 支店 (出張所)	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
		口座名義 ケンボ タロウ			

K001 退

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

◆以下に該当する場合にご申請ください

9歳未満\*の被扶養者で、小児弱視・斜視および先天白内障術後の屈折矯正の者が、医師の指示により治療用の眼鏡等を装着し、費用を全額支払ったとき。

(\*9歳未満の年齢の判定については、治療用眼鏡等を購入した際の領収書日付を基準とする。)

※以下の上限額の範囲内の7割(未就学児は8割)相当額が給付されます。

眼鏡	38,902円
コンタクトレンズ	16,324円

※2回目以降の申請は、原則として前回購入日より5歳未満は1年以上、5歳以上は2年以上の装着期間があるものが給付対象となります。

◆注意事項

保険医の『弱視等治療用眼鏡等作成指示書』により作成したものしか申請できません。

◆記入要領(記入例の番号と照合してください)

共通: □は該当するものに✓をご記入ください。

- ①本申請書を健保組合に送付する日をご記入ください。
- ②任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
- ③治療用眼鏡等を作成した被扶養者(ご家族)についてご記入ください。
- ④治療用眼鏡等の作成原因となった傷病名をご記入ください。
- ⑤治療用眼鏡等の作成原因となった傷病の初診日をご記入ください。不詳、生来性の場合はその旨ご記入ください。
- ⑥原因が不明な場合はその旨をご記入ください。
- ⑦医師または薬剤師氏名については、不明の場合記入不要です。
- ⑧治療中の場合はその旨をご記入ください。
- ⑨治療用眼鏡等購入代金をご記入ください。(診療費は記入不要)
- ⑩マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方は□に✓をご記入ください。
- ⑪公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名(漢数字3文字)、口座番号をご記入ください。

◆添付資料(いずれも原本)

- ①弱視等治療用眼鏡等作成指示書(疾病名、視力検査結果、処方度数が記載されたもの)
- ②領収書(治療用眼鏡・コンタクトレンズ代として作成したことがわかるもの)

◆その他

- ・治療用眼鏡等の代金を支払った日の翌日から起算して2年を経過した場合は申請ができません。
- ・給付金の振込は病院からの請求を確認後に行いますので、治療用眼鏡等作成後直ちにご申請された場合でも、作成指示日からおよそ3か月後の25日(休日の場合は前日)に支給となります。但し、病院からの請求が遅れた場合はこの限りではありませんのでご了承ください。
- ・任意継続の方の給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。