

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (小児弱視等の治療用眼鏡等)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	平成 令和	年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和	年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 () 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療医師の氏名	
		名称	所在地	診療医師の氏名	
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで 日数 日
	6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで 日数 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 年 月 日	8 装具装着日	令和 年 月 日	
	9 療養に要した費用の額	円			
	10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	5	5. 治療用装具を作成したため			

必要な添付書類 (確認のために口に☑をお願いします)

- 領収書 (装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額、義肢装具士の氏名又は印が記載されたもの)
- 眼鏡等作成指示書 (小児弱視等の治療用眼鏡等に限る) 検査書 (小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)

- ・小児弱視等の治療用眼鏡等は、9歳未満の小児のみ対象になります。
- ・「弱視眼鏡 (36,700円)」「コンタクトレンズ (15,400円/1枚)」×1.06を上限とし実際支払った金額の7割が保険給付されます (小学校入学前は8割給付)。

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名 (サイン) をご記入ください。