

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

☒ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書(弱視眼鏡 ・ 弾性着衣)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)	被保険者等	記号	0000		番号	11111		
	(2)	被保険者	氏名	太陽 花子		(3)	被保険者が勤務する(していた)部署・支社・関連会社の名称	太陽生命〇〇支社	
			生年月日	昭・平 60 年 4 月 1 日 (41 歳)					
	(4)	療養を受けた方	氏名	太陽 花子		(5)	被保険者との続柄	本人	
			生年月日	昭・平 60 年 4 月 1 日 (41 歳)					
	(6)	傷病名	子宮悪性腫瘍(術後)のリンパ浮腫				(7)	発病又は負傷年月日	平・令 5 年 4 月 1 日
	(8)	発病又は負傷の原因および経過	* 詳しく記入してください 不明 良好						
	(9)	医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇△病院		(10)	所在地及び電話番号	〒 000-0000 東京都城南区域南1-2-3 TEL 03 (0000) 2222	
			氏名	日本 次郎					
	(11)	診療内容	検査を受けた				入院期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	
	(12)	診療期間	自 令 8 年 3 月 1 日 日間 至 令 年 月 日 ☒ 治療中				(13)	治療用装具の費用の額	28, 000 円
	(14)	申請理由	☐ 小児弱視等の治療用眼鏡等 ☒ 弾性着衣(弾性ストッキング、スリーブ等)						
	(15)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。						
金融機関名称			本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)			
				普通					
(16)	上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 8 年 4 月 10 日 〒 000-0000 TEL 03 (0000) 1111 住所 東京都東区域東1-2-3 被保険者 フリガナ タイヨウ ハナコ 氏名(自署) 太 陽 花 子								

(15)
「振込口座」欄
給与口座を希望しない場合は記入する。(16)
書類提出を事業所に委任しない場合は、申請者が直接健康保険組合へ提出する。

注 意 事 項 及 び 添 付 書 類	〔添付書類について〕	
	☐	小児(9歳未満)の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを購入した場合
	☐	医師の治療用眼鏡作成指示書の写し ※検査結果も明記されているもの
	☐	眼鏡購入時の領収書(原本)
	☒	医師の指示に基づき弾性着衣を購入した場合(弾性着衣:ストッキング・スリーブ・グローブ)
	☒	医師の弾性着衣等の装着指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること
☒	弾性着衣等購入時の領収書(原本)	

受 付 日 付 印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。