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　太郎	(5) 被保険者との続柄	子
	生年月日	昭・平・令　3 年 4 月 1 日（5歳）		
(6) 傷病名	弱視		(7) 発病又は負傷年月日	平・令　年　月　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 先天性　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 東京都城南区城南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 至　令　年　月　日　日間 ☑治療中		(13) 治療用装具の費用の額	36，700 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		

(15)「振込口座」欄給与口座を希望しない場合は記入する。

(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

被保険者　住所　東京都城東区城東1-2-3

フリガナ　タイヨウ　ハナコ

氏名（自署）　太 陽　花 子

(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。