

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 証	記 号	0000		番 号	11111		
	(2)	被 保 険 者 名	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(38歳)				
	(4)	療 養 を 受 け た 方	氏 名	太陽 太郎		(5)	被 保 険 者 と の 続 柄	本人	
			生 年 月 日	昭・平	令 1年4月1日(4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 3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 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		
	(12)	診 療 期 間	自 平・令 5年3月1日	現在も治療中	日 間	(14)	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	28,000 円	
	(14)	申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input checked="" type="checkbox"/> 弾性着衣(弾性ストッキング、スリーブ等)						
	(15)	振 込 口 座	在 籍 者	給与口座にお振込みいたします。					
			退 職 者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。					
				金 融 機 関 名 称	本・支 店 名	種 別	口 座 番 号	名 義 人 (カ ナ)	
			〇×銀行	〇×支店	普通	1234567	タイヨウ ハナコ		
(16)	うえのとおり申請します。 令和 5年4月1日 〒 000-0000 TEL 03 (0000) 1111 住 所 東京都城東区城東1-2-3 被 保 険 者 の フリガナ タイヨウ ハナコ 氏 名 太陽 花子								
注 意 事 項 及 び 添 付 書 類	[添付書類について] <input type="checkbox"/> 小児(10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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 眼鏡購入時の領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。