

## 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 花子	(5) 被保険者との続柄	本人	
		生年月日	昭・平・令 60年4月1日(38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) 診療又は手当てに要した費用の額	28,000 円
	(14) 申請理由	<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 (前回購入日: )				
		<input checked="" type="checkbox"/> 弾性着衣(弾性ストッキング、スリーブ等) (前回購入日: 令和4年8月31日 )				
	(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
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(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 <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。