

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(38歳)				
	(4)	療養を受けた方	氏名		(5) 被保険者との続柄	本人		
			生年月日	昭・平・令 年 月 日(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 5年3月	現在も治療中	(13) 治療用装具の費用の額	28,000 円	
			至	令 年 月	日間			
	(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)	上記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 東京都東区城東1-2-3 被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ 住所 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。