

- 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 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被 保 険 者 証	記 号			番 号		
	(2) 被 保 険 者	氏 名			(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		
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)				
	(4) 療養を受けた方	氏 名			(5) 被保険者との続柄		
		生年月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)				
	(6) 傷 病 名				(7) 発 病 又 は 負 傷 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						
	(9) 医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名 称			(10) 所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒	
		氏 名				TEL ()	
	(11) 診 療 内 容				入 院 期 間	自 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日
	(12) 診 療 期 間	自 平・令 年 月	至 平・令 年 月		日 間	(13) 診療又は手当に要した費用の額	円
	(14) 申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input 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)
			普通				
(16) うえのとおり申請します。	令和 年 月 日 〒 TEL () 住 所 被保険者の フリガナ 氏 名						

【添付書類について】

- 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
 - 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。