

- 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 日	至 平・令 年 月 日	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 (前回購入日: ) <input type="checkbox"/> 弾性着衣(弾性ストッキング、スリーブ等) (前回購入日: )				
	(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
				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						

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。