

- 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				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) 発病又は負傷年月日	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	令	年	月	日
							至	令	年	月	日
	(12) 診療期間	自	令	年	月	日	(13) 治療用装具の費用の額	円			
		至	令	年	月	日					日間
	(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) 上記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]										
	<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 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 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 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。