

(治療用眼鏡等)
療養費支給申請書

常務理事	事務長	担当者

被
保
険
者
記
入
欄

記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
会社・事業所名		部署名	
被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
受診者氏名 年齢	年齢 才	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名		発病の年月日	年 月 日
医療機関名		初診日	年 月 日
医師作成指示日	年 月 日	購入日	年 月 日
眼鏡等の作成	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成	支払った金額	円
同意書			
療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。			
受診者署名	受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入)		被保険者ご署名
受診者住所	署名日		年 月 日
在職中の給付金支払い に関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		
退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）			
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所
			種目 普通預金
			口座番号
			フリガナ
			口座名義人
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください			

添
付
書
類

<input type="checkbox"/> 領収書(原本) フレーム・レンズ等の内訳がわかるもの
<input type="checkbox"/> 医師の作成指示書等(写し)
<input type="checkbox"/> 検査結果(写し) 作成指示書に視力等の検査結果が明記されていない場合
<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の写真(画像を印刷したもので可)
【注意事項】・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコピーを取ってください。

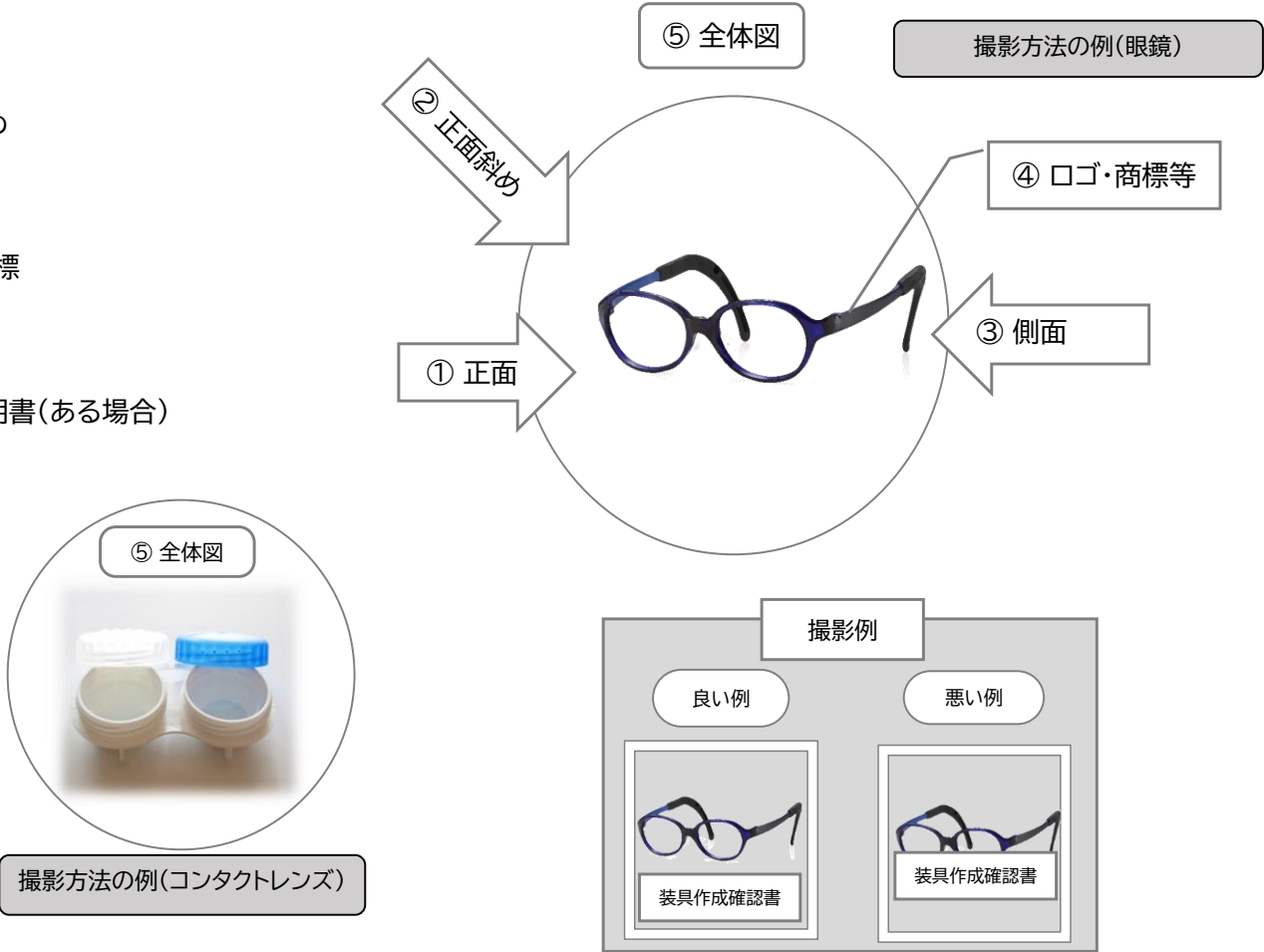
健
保
記
入
欄

支給額	円	支給日	令和 年 月 日	発信者印
上限	円 実費 円	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成(前回作成	年 月 日)	
備考	負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割			

【治療用眼鏡の写真について】

以下の「装具作成確認書 別添」とともに、下記の方向について撮影してください
画像を印刷したものでも可です

- ① 正面
- ② 正面斜め
- ③ 側面
- ④ ロゴ・商標
- ⑤ 全体図
- ⑥ 取扱説明書(ある場合)



キリトリ

装具作成確認書 別添					
記号・番号	-	被保険者氏名		受診者氏名	
治療用装具名		医師作成指示日	年 月 日	購入日	年 月 日