

(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	店舗コード	支店	種目	口座番号	フリガナ	
	信用金庫 信用組合		本店 出張所	普通預金			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。						

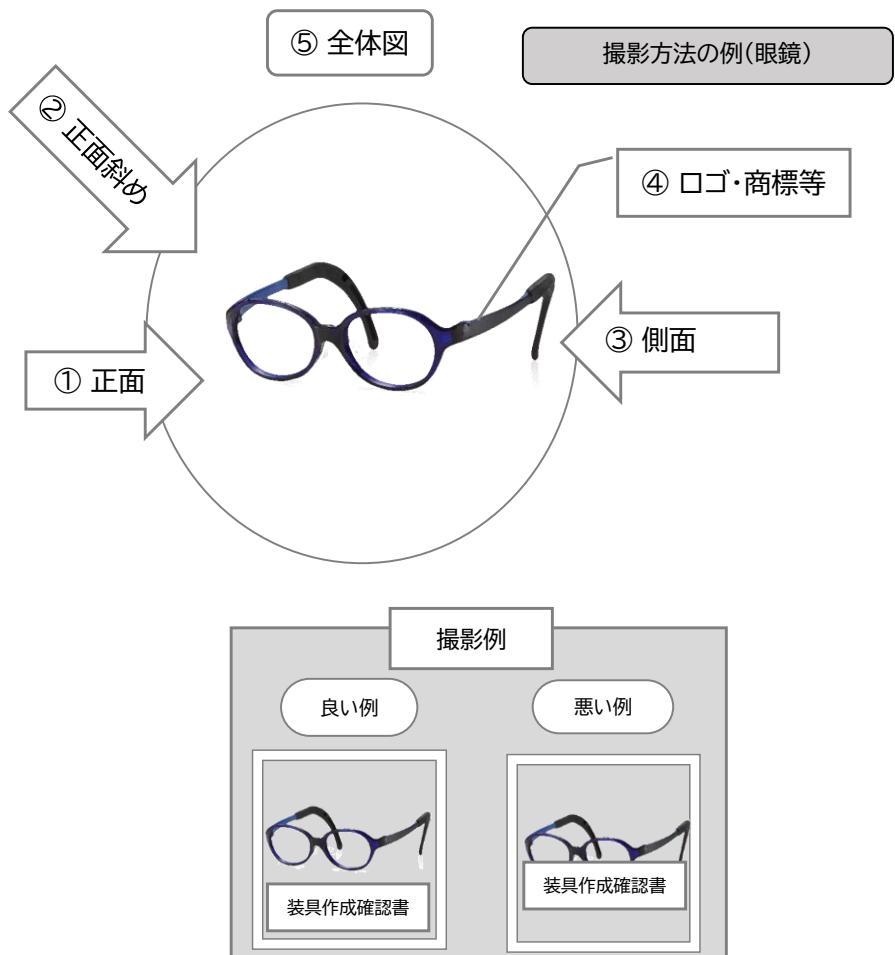
健保記入欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日	発信者印
	上限	円 実費	円	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成(前回作成 年 月 日)	
備考	負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割				

【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