

(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	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	部署名	〇〇部 〇〇課
	被保険者氏名	健康 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日
	受診者氏名 年齢	健康 優子 年齢 X才	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日
	傷病名	弱視	発病の年月日	わからない場合は「不詳」と記入 Y 年 M 月 D 日
	医療機関名	〇〇病院	初診日	Y 年 M 月 D 日
	医師作成指示日	Y 年 M 月 D 日	購入日	Y 年 M 月 D 日
	眼鏡等の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成	支払った金額	12,235 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	同意書欄は署名が必要です → 健康 優子 <small>未成年の場合は親権者が記入)</small>	被保険者署名	同意書欄は署名が必要です → 健康 太郎
	受診者住所	〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X	署名日	Y 年 M 月 D 日
在職中の給付金支給に関する同意 <small>在職中の方はチェック</small> <input checked="" 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。				
金融機関コード	退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます			
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				

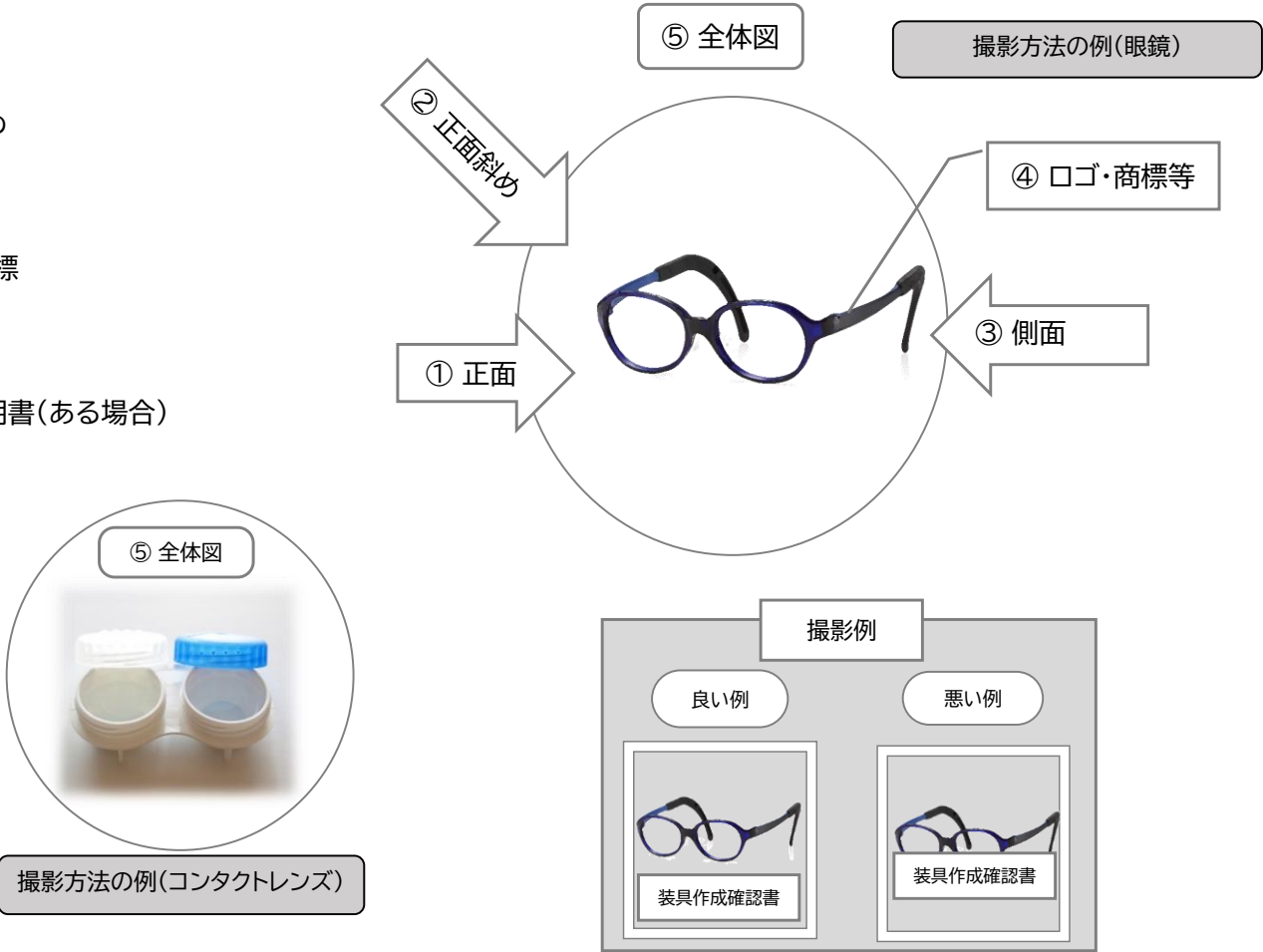
添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本) フレーム・レンズ等の内訳がわかるもの	申請前に必ず 確認してください
	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の作成指示書等(写し) <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果(写し) 作成指示書に視力等の検査結果が明記されていない場合 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用眼鏡の写真(画像を印刷したもので可)	
【注意事項】・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコ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 日) 備考 負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割	円 実費 円	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成(前回作成	年 月	

# 【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	X X X X - X X X X X X	被保険者氏名	健康 太郎	受診者氏名	健康 優子
治療用装具名	治療用眼鏡	医師作成指示日	Y 年 M 月 D 日	購入日	Y 年 M 月 D 日