支給金額	円
支給期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日　日間

常務理事	事務長	担当

療養費支給申請書（治療用眼鏡等）

愛知製鋼健康保険組合 理事長　殿　　令和　年　月　日

被保険者資格情報 記号・番号			事業所名		
被保険者氏名	㊞		生年月日	昭和 平成	年　月　日
被保険者の住所	〒 TEL（　　）				
申請が被扶養者に関するときは	氏名		生年月日	平成・令和　年　月　日	続柄
傷病名			発病または負傷年月日	平成 令和	年　月　日
発病または負傷の原因					
診療を受けた病院等	名称		所在地	〒	
	医師名				
診療の内容					
眼鏡の装着日	令和　年　月　日		入院・通院の別 入院・通院	眼鏡の費用	円
保険適用されなかった理由					
第三者行為によるものですか？	いいえ・はい	相手の氏名			
		相手の住所	〒		

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者（請求者）氏名　㊞	
	代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞
	代理人の住所	〒　－

受付日付印

（添付書類）①.②　※原本を添付ください。
①医師の証明書
②治療用眼鏡の領収書

（支給について）
支給対象者：9 歳未満の小児
支給対象となる金額の上限　眼鏡：40,492 円

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は２年間です。
給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認ください。
給付金は給与上乗せでお支払い致します（任意継続の方のみ届出されている口座振込）

健保使用欄	資格取得日	年　月　日	資格喪失日	年　月　日	標準報酬月額	千円
		医療費（a）	支給率（b）	足切り額（c）	金額（a×b－c）	
	法定給付	円	割			円
	付加給付	円		円		円

令和 6 年 12 月改訂