

健保組合 処理欄	受付年月日	年	月	日	常務理事	事務長	GL	係	係
	資格取得日	年	月	日					
	資格喪失日	年	月	日					
	装着指示日	年	月	日					
	装具装着日	年	月	日	支給額	法定給付			円
	領収年月日	年	月	日		付加給付			円
	支払年月日	年	月	日		合計			円

豊田通商健康保険組合 御中

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書（治療用眼鏡等）

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	勤務先名称						
	フリガナ 氏名				生年月日					
	住所							電話番号		
								()		
<p>年 月 日</p> <p>① 給付金の受領は事業主に委任します。 ※任意継続被保険者は健康保険組合に届出された給付金振込口座に振込します。</p> <p>② 本療養費の支給決定に必要な内容について、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。</p> <p>③ 以下のとおり申請します。</p>										
申 請 内 容	受診者の	氏名		続柄	生年月日					
	傷病名				発病または 負傷年月日	年 月 日				
	診療を受けた 医療機関の	名称				医師の氏名				
		所在地								
	傷病の原因及び経過 (詳しく)									
	診療の内容									
	装具等の装着について 指示を受けた日	年 月 日			装具装着日	年 月 日				
	治療用眼鏡等の額	円			支給申請 の理由	治療用眼鏡等を作成したため				
	添付書類	必要書類がすべてそろっているか確認してください。 <input type="checkbox"/> 医師の治療用眼鏡等の作成指示書(写し) <input type="checkbox"/> 領収明細書(原本) <input type="checkbox"/> 検査結果								
	注 意 事 項	提出先	本人→健保							
支給の時期		療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。								
支給決定通知書		支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/								
留意事項		<ul style="list-style-type: none"> 小児の弱視、斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズによる治療を行う対象は、9歳未満の小児とする 5歳未満の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ支給対象とする 5歳以上の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ療養費の支給対象とする 治療用眼鏡について療養費として支給する額は、38,902円を上限とし、購入に要した費用の範囲内とする 治療用コンタクトレンズについて療養費として支給する額は、1枚16,324円を上限とし、購入に要した費用の範囲内とする 								