対象は9歳未満

療養費支給申請書（治療用眼鏡等）

申請日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者証 記号-番号	被保険者氏名	生年月日
	―	自署の場合は押印不要 ㊞	5昭和 7平成　年　月　日
	住所		
	〒　　―	☎	
	事業所		
	名称	住所	

療養が被扶養者に関するとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄
		平成 令和　年　月　日	

医療機関名		添付資料 ☑いれて確認下さい	☐ 領収書 原本
眼鏡の作成	☐ 初めて　☐ 再作成		☐ 医師による作成指示書（意見書・証明書等）原本
眼鏡代金	円		☐ 明細書（装具価格の内訳）
眼鏡購入日	令和　年　月　日		☐ 患者の検査結果（眼鏡等の処方箋）

振込先					
金融機関名称	銀行・金庫 信用組合	支店名称	本店・支店 出張所	預金種別	普通　当座 別段　通知
口座番号		口座名義人（カタカナで記入ください。また、セイとメイの間には1マス空けてください）			

給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄				
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者（申請者）　住所 氏名　㊞				
受取人情報	代理人の氏名と印	㊞	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒　　―　☎		

小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療に必要であると医師が判断して、処方した眼鏡及びコンタクトレンズが支給対象となります。斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレネル膜プリズムについては支給対象外です。

【支給対象額】

		令和6年3月以前に購入	令和6年4月1日以降に購入
上限額	眼　鏡	38,902円	40,492円
	コンタクト	16,324円（1枚）	13,780円（1枚）

【更新】

5歳未満　　更新前の治療用眼鏡等の装着期間（医師の作成指示日）が1年以上ある場合のみ支給対象です

5歳～9歳未満　更新前の治療用眼鏡等の装着期間（医師の作成指示日）が2年以上ある場合のみ支給対象です

受　付　印

トータルビューティー健康保険組合