両面印刷

1 2

健康保険　家族療養費 支給申請書（治療用眼鏡）

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者等（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略可 押印はシャチハタ以外
住所	（〒　　ー　　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協　本店 支店 出張所 所 支所
預金種別	
口座名義	▼カ
口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

給与口座へ振込みのため記入不要です
マイナポータルなどで事前登録した公金受取口座利用をご希望の場合は、健保組合へご連絡ください

「２」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名・印　印　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印　印	委任者と代理人との関係

記入不要

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者等記号番号に代えてﾏｲﾅﾝﾊﾞｰにより申請する場合のみ、記入ください。ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰを記載した場合は簡易書留にて郵送ください。（社内便普通郵便不可）

受付日付印

前回購入日　ＨＲ　年　月　日
購入時年齢　歳
資格取得　ＳＨＲ　年　月　日
認　定　ＳＨＲ　年　月　日
支　給　額　＿＿＿＿＿円

更新前装着期間　：　5歳未満1年以上、5歳以上2年以上
支給対象年齢　：　眼鏡指示書作成日時点　9歳未満

（R6.12）

日本精機健康保険組合

両面印刷

1 2

健康保険　家族療養費 支給申請書（治療用眼鏡）

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	2　11. 被保険者　2. 家族（被扶養者）	続　柄	長男・二女など
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□令和　年　月　日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	□平成　□令和　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1病気　2ケガ	（病気の場合は原因および経過、ケガの場合は、いつどこで、何をしていてどうなったかをご記入ください）	
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 眼鏡作成にかかる診療を受けた期間	（令和）　年　月　日	から　年　月　日	まで　日数　日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	（令和）　年　月　日	から　年　月　日	まで　日数　日
7 装具等の装着について指示を受けた日	（令和）　年　月　日	8 装具装着日	（令和）　年　月　日
9 治療用眼鏡費用の額	円	支給対象上限額（眼鏡）R6.4月～　40,492円	
10 診療の内容	小児弱視の治療		
11 療養費の支給申請の理由	小児弱視治療用眼鏡を作成したため		

※ 領収証（レシートは不可）および眼鏡作成指示書（処方箋・検査結果）原本を添付の上、申請書を健康保険組合へ送付ください。
市区町村にてこども医療費助成を受ける場合は、領収証・眼鏡作成指示書コピーをあらかじめ保管し、健保組合から後日送付された決定通知書とともに市区町村へ申請ください。

日本精機健康保険組合