

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			
	-				Ⓧ				5昭和	年	月	日
	-				-				7平成			
	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	年	月	日				
医療機関名					添付資料 ☑いれて 確認下さい	<input type="checkbox"/> 領収書 原本						
眼鏡の作成	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成					<input type="checkbox"/> 医師による作成指示書（意見書・証明書等） 原本						
眼鏡代金	円					<input type="checkbox"/> 明細書（装具価格の内訳）						
眼鏡購入日	令和 年 月 日					<input type="checkbox"/> 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。											
	住所				被保険者 (申請者)				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】

		令和元年9月30日までに購入	令和元年10月1日以降に購入
上限額	眼鏡	38,461円	38,902円
	コンタクト	16,139円（1枚）	16,324円（1枚）

受付印

## 【更新】

5歳未満～ 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です

5歳以上～ 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支給対象です

