

(治療用眼鏡等)  
療養費支給申請書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

|                                   |   |   |                 |  |      |      |       |
|-----------------------------------|---|---|-----------------|--|------|------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄   | 記号・番号   | -   | 電話番号<br>日中の連絡先  |  |      |      |       |
|                                   | 会社・事業所名   |   | 部署名             |  |      |      |       |
|                                   | 被保険者氏名  |   | 生年月日            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |      |      |       |
|                                   | 受診者氏名<br>年齢   | 年齢 才  | 生年月日            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |      |      |       |
|                                   | 傷病名   |   | 発病の年月日          | 年 月 日  |      |      |       |
|                                   | 医療機関名   |   | 初診日             | 年 月 日  |      |      |       |
|                                   | 医師作成指示日   | 年 月 日   | 購入日             | 年 月 日  |      |      |       |
|                                   | 眼鏡等の作成  | <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成 | 支払った金額          | 円  |      |      |       |
|                                   | 同意書   |   |                 |  |      |      |       |
|                                   | 療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。 |   |                 |  |      |      |       |
| 受診者署名                             | 受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入)   |   | 被保険者署名          | 被保険者ご署名  |      |      |       |
| 受診者住所                             |   | 署名日   | 年 月 日           |  |      |      |       |
| 在職中の給付金支払いに関する同意                  | <input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。  |   |                 |  |      |      |       |
| 退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要) |   |   |                 |  |      |      |       |
| 金融機関コード                           | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  | 店舗コード   | 支店<br>本店<br>出張所 | 種目<br>普通預金   | 口座番号 | フリガナ | 口座名義人 |
| 添付書類                              | ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)<br>※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入               |   |                 |  |      |      |       |

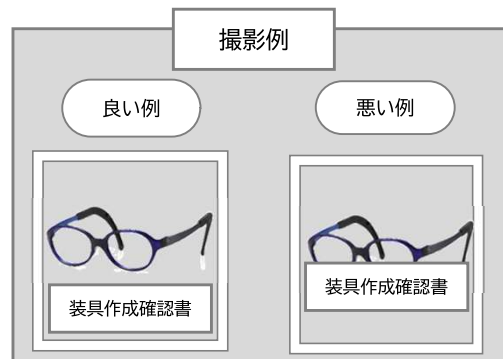
|   |   |
|---|---|
| 添<br>付<br>書<br>類  | <input type="checkbox"/> 領収書(原本) フレーム・レンズ等の内訳がわかるもの |
|   | <input type="checkbox"/> 医師の作成指示書等(写し)              |
| <input type="checkbox"/> 検査結果(写し) 作成指示書に視力等の検査結果が明記されていない場合 |   |
| <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の写真(画像を印刷したもので可)              |   |
| 【注意事項】・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコピーを取ってください。                 |   |

|                       |  |   |     |          |      |
|-----------------------|--|---|-----|----------|------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給額  | 円   | 支給日 | 令和 年 月 日 | 発信者印 |
|                       | 備考   | 上限 円 実費 円 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成(前回作成 年 月 日) |     |          |      |
|                       | 負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 |   |     |          |      |

# 【治療用眼鏡の写真について】

以下の「装具作成確認書 別添」とともに、下記の方向について撮影してください  
 画像を印刷したもので可です

- ① 正面
- ② 正面斜め
- ③ 側面
- ④ ロゴ・商標
- ⑤ 全体図
- ⑥ 取扱説明書(ある場合)



キリトリ

| 装具作成確認書 別添 |   |         |       |       |       |
|------------|---|---------|-------|-------|-------|
| 記号・番号      | - | 被保険者氏名  |       | 受診者氏名 |       |
| 治療用装具名     |   | 医師作成指示日 | 年 月 日 | 購入日   | 年 月 日 |