

9歳未満の弱視等治療用眼鏡等を必要として購入したとき

<添付書類>

- 『眼科医の作成指示書・検査結果』の写し、および『領収書』の原本
(眼科医の作成指示書・検査結果がもらえなかった場合は、P.2 書式の記入を眼科医に依頼して下さい)

<支給対象>

- 支給対象となる疾病：小児弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正
- 対象年齢：9歳未満のお子様
- 更新について：
 - 5歳未満の更新については、1年以上装着期間がある場合のみ、支給対象となります
 - 5歳以上の更新については、2年以上装着期間がある場合のみ、支給対象となります

記入例

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	11-11111		被保険者氏名	村田 太郎									
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	村田 花子	生年月日	昭 平 令 27年1月15日	被保険者 との続柄	長女							
所属コード	KA0000		氏名コード	KA00000									
事業所名称	金沢村田製作所		日中連絡の取 れる電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 内線 2-073-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 090-0000-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 076-273-0000									
傷病名	小児弱視		発病又は負 傷の年月日	2018年2月15日									
発病又は負傷の 原因(詳しく)	先天性												
診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称	〇〇眼科	所在地 及び 電話番号	石川県白山市曾谷町〇〇番地 076-273-0000									
診療又は 手当の内容	小児弱視と診断され、医師か ら眼鏡装着の指示を受けた		入院期間	自	年	月	日						
診療又は手当 を受けた期間	自	2018年	2月	15日	至	年	月	日	1日間	診療又は手当に要した 費用の額	金	〇〇,〇〇〇円	也
療養の給付を受 けることができ なかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証発行申請手続き中のため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用器具を作成したため <input checked="" type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡等を作成したため												
領収書原本証明	<input checked="" type="checkbox"/> 国や市町村への助成金を請求するため、領収書(原本証明)が必要な場合のみチェックして下さい												
発病・負傷は業務上または通 勤途上によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい					交通事故・ケンカ等 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい						
振込希望の銀行 又は郵便局名	※任意継続者・退職者のみ記入 銀行 支店 ()												
委任状													
私は上記記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領を委任します。													
令和 1 年 5 月 1 日													
被保険者住所 〒920-2101 石川県曾谷町〇〇番地													
被保険者氏名 村田 太郎													
(村田) 押印必須 認印可 シャチハタ・日付印不可 外国国籍を有する方のみサイン可													

【注意】

- 治療用器具代の申請をする場合は、『医療担当者による証明書』、『領収書』の原本、『治療用器具の写真』が必要です。健保受付印
- 立替払いの申請をする場合は、『診療報酬明細書』および『領収書』の原本が必要です。
※診療月ごとに申請書をご記入下さい。同診療月であっても医療機関ごと、入院・外来に分けて下さい。
- 9歳未満の治療用眼鏡等の申請をする場合は、『医師の作成指示書・検査結果』(コピー可)および『領収書』の原本が必要です。
- 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず同印鑑で訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

※医師の証明書等は保険医療機関から無償で交付いただけます（医療機関の書式でも代用可）

弱視等治療用眼鏡等作成指示

氏名： _____ 年齢： _____ 歳（男・女）

住所： _____

I. 種類（○で囲む）：眼鏡

コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

II. 度数及び用法

1. 眼鏡

	S(球面)	C(円柱)	A(軸)	近用加入度	PD(瞳孔距離)	用法
右					mm	遠用・近用 遠近両用
左					mm	

2. コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

III. 備考（眼鏡等を必要とする理由）

1. 疾病名

2. 治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右眼視力：

左眼視力：

年 月 日

医療機関
医師氏名

印