

健康保険 家族療養費 支給申請書（治療用眼鏡用）

下記のとおり申請します。

被 保 者 記 入 欄	健康保険被保険者 記号-番号	—	氏 名				
	住 所	〒 — TEL ()					
	所属部署	TEL ()					
	治療用眼鏡等 装着者	家族 氏名	年 月 日 生			続 柄	
	治療用眼鏡等の 種類	眼鏡・コンタクトレンズ	購入日	令和	年	月	日
	疾 病 名						
	治療用眼鏡等の 作成について	☐ 初めて ☐ 再作成					
	治療用眼鏡等に 要した費用の額	円					
	振込先口座※	金融機関名			本・支店名		
銀行・農協 金庫・他 () 機関コード()			本店・出張所 支店・他 () 支店コード()				
口座番号(7桁)			被保険者名義(カタカナ)				
(普)							

※振込先口座については、原則給与口座を指定ください。
給与とは別の口座を指定される場合は、振込先がわかる
通帳等の写しを併せてご提出ください。なお口座は被保険者名義のものを指定ください。

【添付書類】

- ① 領収書（原本）および領収書の内訳（見積書など）
※領収書に明細が記載されている場合は、領収書のみで可
- ② 医師の「治療用眼鏡等の作成指示書等」の写し
※「治療用眼鏡等の作成指示書等」に傷病名が明記されていること

【領収書原本について】 ※支給決定後にお返しすることはできません※
返却希望の場合は、その旨を申請書余白部分に赤字で記載いただき、
領収書のコピーを取り、原本と併せて一度健保組合へご提出ください。
こちらで原本確認後返却いたします。

【その他】裏面をご確認ください。

受 付 印

【健保組合使用欄】

支 給 決 定 欄	領収書発行日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	給付対象額	円				
	支給決定額	円				

【対象者】

1. 対象年齢は、9歳未満の小児です。
2. 支給対象となるのは、小児の弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡およびコンタクトレンズの作成費用です。
3. 前回作成時から下記の期間が空いていること
5歳未満の小児：更新前（前回作成時から）の装着期間が1年以上あること
5歳以上の小児：更新前（前回作成時から）の装着期間が2年以上あること

【支給対象上限額（消費税込）】

領収書の日付	令和6年3月31日まで	令和6年4月1日から
治療用眼鏡	38,902円	40,492円
コンタクトレンズ（1枚）	16,324円	13,780円

【支給証明が必要な方へ】

支給決定通知書は、支払日の前営業日に申請書記載住所へ送付します。

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
TEL (052)951-4907

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--