

療養費請求書（治療用眼鏡等用）

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。なお、この金額の受領を、(事業所名) ○○○○○○(株) に委任します。					
	健康保険 記号-番号	00 - 123456	氏名	健保 太郎		
	被保険者住所	〒 000-0000 ○○○○○○○○○○○○ TEL(000) 000 - 0000 (ポストNo. A000)				
	所属	○○○○○○○○○○○ TEL(000) 000 - 0000 (内線 00000)				
	治療用眼鏡等 装着者	家族 氏名	健保 花子 H・R 00年 00月 00日生		続柄	子
	治療用眼鏡等の 種類	眼鏡	コンタクトレンズ	購入日	令和 00年 00月 00日	
治療用眼鏡等の 作成について	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成 ※支給要件について、注意事項4.をご確認ください。					
治療用眼鏡等に 要した費用の額	00,000 円					

【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

※支給対象となる傷病名が明記されていること

【注意事項】

1. 対象年齢は、9歳未満の小児です。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。

2. 支給上限額[消費税込]

※実際に支払った金額、または上限額の7割(未就学児は8割)が支給されます。

・治療用眼鏡: 40, 492円	・コンタクトレンズ(1枚): 13, 780円
------------------	-------------------------

3. 治療用眼鏡等の更新(作り直し)について、原則として下記の要件を満たす必要があります。

5歳未満の小児	更新前の装着期間が1年以上あること
5歳以上の小児	更新前の装着期間が2年以上あること

4. 保険給付金決定通知書が必要な方へ

自己負担分について自治体の医療費助成制度(乳児医療など)に請求等、証明書が必要な場合は、療養費支給月に発送する給付金決定通知書をご利用ください。

【支給については裏面参照】

支 給 決 定 欄	前回購入日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	医師作成指示日	R 年 月 日			
	給付対象額	円			
	支給決定額	円			

受付印

【輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズの支給要件について】

1. 支給対象となる疾病…スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症
2. 支給申請費用…1枚あたり158,000円を上限とする。

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。
(療養費請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)
事業所から保険給付金として支払われます。

【注意事項】

健康保険法で定められた法定分を健康保険組合で支給するため、領収書は原本の添付が必要です。
また、ご提出いただきました添付書類は原則返却いたしませんので、医療費助成や確定申告などのお手続きをされる方は提出前に各自でコピーをお願いします。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号

お問合せメールアドレス:mkenpo_benefit@mazda.co.jp

- 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	
-----	--