

EXAMPLE

【提出先】
〒530-0004 大阪府 大田区 東大田2-1-40
サンデン健康保険協会
Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association
2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

Date of application (YY/MM/DD)
【和暦】 令和 〇 月 〇 日 申請

Establishment: SWH
Division: 〇〇部
Number: 〇〇〇

Symbol: 1234
Health insurance: 123456

Insured person: 健康太郎
Name: 健康太郎
Relationship: 長男

Birth date (YY/MM/DD): 〇〇年〇〇月〇〇日

装具の内容 *該当するものに〇印
Prescription eyewear (〇) Therapeutic contact lenses

助成・給付などの受給 ... 医療費助成・給付金を受ける場合は、健保の付加は不支給になります
*Circle as applicable (recipient/not a recipient).
*該当に〇印 (〇受ける・受けない)

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 療養費 |
|--|--------------------|--------------|------|
| Payment decision by Health Insurance Association | | | 円 |
| 今回支給対象期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 治療用眼鏡等費用 (円) | |
| 前回支給対象期間 | 年 月 日 | 備考 | |
| 前回支給日 | 年 月 日 | | |
| 被保険者の資格 | 年 月 日 取得・喪失 | | |
| 扶養者認定の有無 | 有 (年 月 日 取得) ・ 無 | | |
| | | | 支給年月 |

【添付書類】

- ※1. 9歳未満の小児の弱視等の治療の場合
「屈折矯正」領収書(原本)と「保険医の作成指示書等の写し」と「患者の検査結果」
- ※2. スティーヴンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死の眼後遺症の場合
「領収書(原本)」と「保険医の作成指示書等の写し(備考として疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの)」

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。
在職者は給与にて支給します。給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄をご覧ください。
任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.