

【提出先】

郵送の場合: 〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合: サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

●● 年 ●● 月 ●● 申請

【治療用眼鏡・コンタクトレンズ】

療養費支給申請書

対象となるものは以下の通り。

- ※1. 9歳未満の小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡及びコンタクトレンズ。
 (以下「治療用眼鏡」または「治療用コンタクトレンズ」を選択)
- ※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による輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ。
 (以下「治療用コンタクトレンズ」を選択)

【添付書類】は当申請書欄外参照

勤務先	事業所 SWH	部署 ●●●部
保険証	記号 ●●●●	番号(氏名コード) ●●●●●●●●
被保険者	氏名 健保 太郎	
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。		

受診者	氏名 健保 一郎	生年月日 (和暦) ●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄 長男
装具の内容 * 該当するものに○印 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用眼鏡 ・ <input type="checkbox"/> 治療用コンタクトレンズ			
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 * 該当に○印 <input checked="" type="checkbox"/> 受ける ・ <input type="checkbox"/> 受けない) (↑ 健保からの療養費支給後に、自己負担分を自治体等に申請して給付を受ける場合は「受ける」になります)			

健保支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額								
				療養費	¥			万	千	百	十	円
	今回支給対象期間	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)」

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。
 任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。