

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員
	支払額	法定給付	円			
		付加給付	円			
		合計	円			
	診療日(購入日)	令和 年 月 日	費用	円		
	計算式		被保険者資格取得日	年 月 日		
		申請者資格取得日	年 月 日			
備考	( 前回購入 年 月 日 )					入力No.

## 健康保険 家族 療養費支給申請書(治療用眼鏡・コンタクト)

☆この申請は、8歳までのお子さんが、傷病名(弱視・斜視・先天性白内障術後の屈折矯正)の治療の為に作成された治療用眼鏡の購入代金(1本分)を請求するものです(補助上限・更新条件あり、オプション料支給対象外)  
(ステイクン・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部指示型角膜形状異常眼鏡用コンタクトを購入された方は健保組合へ連絡下さい)

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被保険者	記号番号	従業員No.	被保険者氏名	生年月日
	-			昭和 平成 年 月 日 令和
被保険者の現住所	〒 TEL( ) -			
事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所	所属	
照会等の同意	トヨタ紡織健康保険組合が、本療養費の支給に対し必要に応じ、担当医療機関、又は他の関係する所に対して、療養が行われた事実の有無や行われた、療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。			
申請者	フリガナ	生年月日	被保険者との続柄	
		平成 年 月 日 令和		
傷病名(該当に○)	弱視 ・ 内斜視 ・ 外斜視 ・ 先天性白内障術後の屈折矯正 (その他傷病名、申請不可)			
確認事項(該当に○)	①今回の申請者は医療助成受給者ですか? (はいのときは②も記入) はい ・ いいえ ②どんな医療助成を受けていますか 乳幼児(子供)医療 障害者医療 ひとり親家庭等医療 その他( )			
傷病の経過	令和 年 月 日現在 ( 治癒 ・ 治療継続中 ・ 中止 )			
診療を受けた病院	名称	医師名		
	所在地			
眼鏡等医師作成指示日	令和 年 月 日	領収書発行日	令和 年 月 日	
領収書金額	円 ※補助額の上限あり			
給付金振込先	1. 給付金の受領を委任するとき			
	委任状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署) 私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者)		
	2. 振込先を指定するとき 注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付			
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
			普通・当座	フリガナ 口座名義

※ 添付書類：(眼鏡)①病名記載のある作成指示書(原本)

②実費についての領収書(原本) ※フレーム代・レンズ代・オプション代の内訳記載のあるもの

※ 更新条件：5歳未満・治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合 5歳以上・治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合

※ 提出経路：被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者(TBはトヨタパーソナルサポート(株) 国内給与部)→健保組合

※ 支払関係：申請からお支払いまで2~3ヶ月程かかります

健保より配布します【給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ】緑色(ハガキタイプ)が健保支払通知書となります

※ 問い合わせ先：トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566)26-0305 内線 811-3067

個人情報保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

## 【申請基準】

### ※対象者

:被扶養者(0歳～8歳)

### ※支給対象

:弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正の為の治療用眼鏡及びコンタクトレンズが対象です  
(近視、乱視、遠視などの視力補正の為の眼鏡は支給対象外)

:斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレネル膜プリズムについては支給対象外

:オプション・加工代等について支給対象外

### ※給付額(小数点以下切り捨て)

障害者総合支援法の規定に基づく価格の100分の106に相当する額

「眼鏡(38,200円)」「コンタクトレンズ(13,000円/1枚)」×1.06を上限とし実際支払った金額の7割が  
保険給付されます(就学前までは8割給付)

	価格
眼鏡 (1本)	38,200円(消費税抜き)×1.06=40,492円(上限額)
コンタクトレンズ (1枚あたり)	13,000円(コンタクトレンズ消費税抜き)×1.06=13,780円(上限額)

### ※更新条件

	更新の条件
0～4歳	更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ
5～8歳	更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ