

健保組合 使用欄	健保組合記入
	日 日

療養費(治療用眼鏡・コンタクト)支給申請書

☆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)
 (ステューヴス・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用コンタクトを購入された方は健保組合へご連絡下さい)

◆ 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 〇〇—〇〇〇〇	従業員No. 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名 被保険者(従業員)の氏名、生年月日をご記入ください	生年月日		
被保険者の現住所	自宅住所、電話番号を記入					
事業所名	トヨタ紡織(株)	トヨタ紡織株の従業員の方以外は、会社名を記入	所属	所属部署を記入		
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することに同意します。			被保険者 被保険者(従業員)の氏名本人自署		
申請者	フリガナ	眼鏡を作られた方の氏名、生年月日、続柄(長男・長女等)を記入				
傷病名(該当に○)	傷病名に○を記入(医師指示書、傷病名欄に記載あり)					
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	診察を受けられた病院名・住所、医師名を記入				
	所在地					
眼鏡等医師作成指示日	医師の指示日を記入		領収書発行日	領収書発行日記入		
領収書金額	領収書金額を記入			※補助額上限あり		
給付金振込先	1. 給付金の受領を委任するとき 私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">委任状</td> <td style="padding: 5px;"> 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇〇 </td> </tr> </table> <div style="border: 2px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> <b style="color: red;">事業所で証明します 書類提出先にご注意下さい </div>				委任状	令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇〇
委任状	令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇〇					
	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課 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