

健康保険 被保険者家族療養費支給申請書(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者等 記号・番号		被保険者氏名	
----------------	--	--------	--

申請内容	1 装具作成対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の氏名・生年月日	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病又は負傷の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ ※「2.ケガ」の場合、該当するものに✓をしてください。		
	5 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。		
	6 診療を受けた医療機関等の名称・所在地・医師等の氏名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
	8 装具等の装着について指示を受けた日(医師による装着指示日)	(令和) 年 月 日		
	9 装具等購入日および金額	(令和) 年 月 日 _____ 円		
	10 装具装着日(医師による証明日)	(令和) 年 月 日		
	11 療養の内容	治療用装具の装着		

【小児用治療用眼鏡等の更新について】

- ・5歳未満の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の眼鏡の装着期間が1年以上
 - ・5歳以上の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の眼鏡の装着期間が2年以上
- 原則として、上記期間を経過している場合に支給対象となります。

【～ご注意ください～(小児用治療用眼鏡について)】

治療用眼鏡・コンタクトレンズが対象となるため、遠視や近視、乱視があっても、日常生活の利便性のため等の視力矯正用眼鏡は保険適用外です。なお、医療機関への確認が必要となり、支給決定までにお時間をいただく場合がございます。