

健康保険 家族療養費 支給申請書 (治療用眼鏡用)

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険の 記号-番号	-		氏名			
	住所	〒 ()					
	会社名						
	治療用眼鏡等 装着者	家族 氏名	年 月 日生			続柄	
	治療用眼鏡等の 種類	眼鏡・コンタクトレンズ	購入日	令和	年	月	日
	疾病名						
	治療用眼鏡等の 作成について	<input type="checkbox"/> 初めて			<input type="checkbox"/> 再作成		
	治療用眼鏡等に 要した費用の額	円					
	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名		口座番号	請求者名義 (カタカナ)	
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()		(普)		

【添付する書類】

- ① 領収書 (原本) および領収書の内訳 (見積書など)
※領収書に明細が記載されている場合は、領収書のみで可
- ② 医師の「治療用眼鏡等の作成指示書等」の写し
※「治療用眼鏡等の作成指示書等」に傷病名が明記されていること

【注意事項】

1. 対象年齢は、9歳未満の小児です。
2. 支給対象となるのは、小児の弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡およびコンタクトレンズの作成費用です。
3. 支給対象額 (上限額) [消費税込]

領収書の日付	2024年3月31日まで	2024年4月1日から
治療用眼鏡	38,902円	40,492円
コンタクトレンズ (1枚)	16,324円	13,780円

【治療用眼鏡等の更新 (作り直し) について】

治療用眼鏡等に係る療養費の支給を受け、その後再度治療用眼鏡等を作成し、療養費の支給申請をする場合は、下記の要件を満たすことが必要です。

- 5歳未満の小児：更新前 (前回作成時から) の装着期間が1年以上あること
- 5歳以上の小児：更新前 (前回作成時から) の装着期間が2年以上あること

支 給 決 定 欄	領収書発行日	令和	年	月	日	常務理事	担当	担当	
	給付対象額	円							
	支給決定額	円							

受 付 印

【問合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合

〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階

TEL (06)4397-3260

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--