|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 年月 | 　　年　　月分 | 資格 | 年　　　月　　　日　取得 | 支給並支払決定伺 |
| 年　　　月　　　日　喪失 | 起案 |
| 承認金額 |  | 施行 |
| 備考 | ７割　８割　　公過去 | 法定給付 |  | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| 一部負担還元金 |  |  |  |  |  |
| 家族療養付加金 |  |

**（治療用眼鏡等）療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者記入欄** | **記号** | 　 　　　  | **番号** | 　　　 　　　  | **勤務地** |   |
| **傷病名** |   |
| **診察を****受けた****病院等** | **名称** |   | **担当医氏名** |   |
| **住所** |   |
| **眼鏡の作成について** | [ ] 初めて　　[ ] 再作成 | **眼鏡購入日** |     年    月    日 |
| **眼　鏡　代　金** |  円 | ☆上限金額を超えた場合、超えた額の給付はありません。 |
| **申請が被扶養者の場合はその者** | **氏名** |   | **生年月日** | [ ] 昭・[ ] 平・[ ] 令    年    月    日 | **続柄** |      |
| 上記の通り申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日　　この申請に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。　　　日産自動車健康保険組合　常務理事殿　　　　　　　　　〒　 　　　　　　　　住所　 　　被保険者　　氏名　 　 　　　　　　　　TEL　 ( )  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ  |

**添付書類 原本**を必ず添付して下さい。以下の □ に添付した書類をチェックしてください。

□**治療用眼鏡等作成指示書、あるいは眼鏡の処方箋**（対象となる疾病名の記載があるもの。）

□**領収書**（フレーム代、レンズ代、加工料、付属品、保険等の領収金額の内訳すべてをご記入ください。

内訳が不明な場合は購入店に確認し、領収書に鉛筆で追記して下さい）

□**患者の検査結果が分かる書類**（治療用眼鏡等作成指示書や処方箋に記載があれば不要。

☆給付額について…

実際に要した費用の7割（未就学児は8割）が給付されます。但し、給付額には上限があります。

**＜上限金額＞**

**●治療用眼鏡：令和6年4月1日から40,492円（令和6年3月31日までは38,902円）**

**●コンタクトレンズ(1枚あたり)： 令和6年4月1日から13,780円（令和6年3月31日までは16,324円）**

※起算日は、治療用眼鏡を購入した日（領収日）です。

上限金額を超えた場合には、上限金額の7割（未就学児は8割）が給付されます。

<例> 5歳の被扶養者が50,000円の治療用眼鏡を令和6年4月5日に購入した場合。

支給対象額40,492円　不支給額9,508円（50,000円－40,492円）　給付額32,393円（40,492円×80％）

※不支給額についての通知はありません。必要な方は、お手数ですがご連絡ください。

【連絡先】日産自動車健康保険組合　給付係 TEL：045-461-2352　　E-mail：kyufu@nissan-kenpo.or.jp