|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄  **青枠内は、被保険者の方が**  **必ずご記入ください。** | 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  **申請書の記入例**  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** | | | **×××××　会社** | | |
| **傷病名** | | | **□□□□□　病** | | | | | | | | | | | | | | |
| **診察を**  **受けた**  **病院等** | **名称** | | **＊＊＊＊＊　病院** | | | | | | **担当医氏名** | | | | **△ △　△ △ △** | | | | |
| **住所** | | **神奈川□□□市 ▲ ▲　1 – 7 - ××** | | | | | | | | | | | | | | |
| **眼鏡の作成について** | | | | | | | ☑初めて　□再作成 | | | **眼鏡購入日** | | | | ６年６月１５日 | | | |
| **眼　鏡　代　金** | | | | | | | **30,000**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** | **日産　健子** | | | | **生年月日** | | □昭・□平・☑令  ２年５月２５日 | | | | | **続柄** | 子 |
| 上記の通り申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６年１１月１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  　　　　　　　　　〒　**000-0000**  　　　　　　　　住所　**神奈川県横浜市◇◇区 ▲ ▲ ▲　2 – 5 - ◇◇**  　　被保険者　　氏名　**日産　健太郎**  　　　　　　　　TEL　 **045(〇〇〇)2352**  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　**kenpo-kyufu@×××.co.jp** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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…

**添付書類をご確認の上、必ず添付してください。**

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