

記入例(小児弱視治療用眼鏡)

K-001 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 療養費請求書(立替払い・治療用具等)

※本枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

2	提出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	備考	
	被保険者証 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0	被保険者氏名 (別紙) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇	従業員番号	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
	対象者氏名	健保 真	生年月日 昭和 平成 令和 2 9 0 2 2 8	被保険者 との続柄 配偶者
	傷病名	左不視弱視	発病または 負傷した日	平成・令和 年 月 日 (頃)
4	傷病または 負傷の原因	先天性	5	診療または 器具等の内容 (いずれかに) <input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用具等の装着
6	受診した 医療機関 薬局等	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 名称 〇〇〇〇病院 (医師または薬剤師氏名) 〇〇 〇〇		
7	診療を 受けた期間	令和〇〇年 8月 1日 から 現在治療中 期間 令和 年 月 日まで	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
8	診療または 器具等に 要した費用	30,000 円	9	治療用具等 領収日 令和 〇〇年 8月 10日
10	傷病の経過 (いずれかに)	<input checked="" type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
11	療養の給付を 受けることが できなかった 理由 (いずれかに)	<input type="checkbox"/> 保険証書換中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していないときに急病でやむを得ず医療機関にかかったため <input checked="" type="checkbox"/> 治療に必要な器具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別	有 ・ 無		
	給付金の振込みについて 【従業員】事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】健保組合に届出されている口座へ振込みます			
12	委任状 本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 〇〇年 8月 20日	被保険者氏名:	健保 正美	

留意事項

- 支給日および支給方法
 - 毎月20日迄に健保組合に到着した分は、翌月15日に支給いたします。(休日の場合は前倒し)
 - 但し、申請内容によっては審査に時間を要し、支給が翌々月以降になることがあります。(事業所により、締切日が別途設定されている場合があります)
 - 支給方法は、「①健保組合から直接個人宛に支給」「②事業所から給与にて支給」があります。詳細は、事業所の健康保険担当の方にご確認ください。
- 決定額通知について
 - 支給金額は、「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」でご確認いただけます。
 - 「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」は、日立健保ホームページの「MY HEALTH WEB」に掲載しています。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

9歳未満の被扶養者で、小児弱視・斜視および先天性白内障術後の屈折矯正の者が、医師の指示により治療用の眼鏡等を装着し、費用の全額を立て替えたとき

- (注1) 9歳未満の年齢の判定については、治療用眼鏡等を購入した際の領収書日付を基準とする。
- (注2) 治療を行う必要のある者とは、治療用眼鏡等を用いることにより、治療上の効果が見込まれるという医師の証明がある者をいう。

支給頻度:①5歳未満…更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ支給対象
②5歳以上…更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ支給対象

- * 年齢および装着期間は、治療用眼鏡等を購入した際の領収書に記載されている日付を基準とします。
- * 治療用眼鏡等の支給額は、児童福祉法の規定等に基づき、
弱視用眼鏡・38,461円、コンタクトレンズ(1枚)…16,139円 (2019(令和1)年9月30日購入分まで)
弱視用眼鏡・38,902円、コンタクトレンズ(1枚)…16,324円 (2019(令和1)年10月1日購入以降)
を総額上限とし、自己負担分を差し引いた額になります。

◆記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 「被保険者」または「被扶養者」の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- 「発病または負傷した日」が不明の場合は、その旨記入してください。
- 「傷病または負傷の原因」が不明の場合は、その旨記入してください。
- 「治療用具等の装着」にチェック(✓)をつけてください。
- 受診した医療機関の住所・名称・医師の氏名を記入してください。
- 診療を受けた期間を記入してください。日数は受診した日数を記入してください。
- 眼鏡等の詳細のわかる領収書の金額を記入してください。
この領収書(原本)は必ずこの申請書に添付して提出してください。
- 上記⑧の領収書を見て記入してください。
- 該当する項目にチェック(✓)をつけてください。(その他の場合は具体的に記入)
- 「治療に必要な器具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため」にチェック(✓)をつけてください。
- 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。
委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。

* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆添付書類

- 治療用眼鏡等を作成または購入した際の領収書(原本)
(対象者の宛名のもの、又は対象者が分かる但し書き等があるもの)
- 療養担当に当たる医師による治療用眼鏡等の作成指示書(写し)
または、眼鏡等の装着が治療上必要であることを明記した医師の証明書(原本)
- 患者の検査結果(写し、②に視力等の検査結果の記入があれば不要)

◆送付先

- 紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
- ① 一般被保険者(従業員)の方 ⇒ 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
- ② 任継、特退被保険者の方 ⇒ 健保組合に送付してください。
(送付先住所は、保険証の「保険者所在地」に記載)

◆提出期限

眼鏡等の費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)