

【治療用眼鏡を作製した場合の記入例】

支給決定書

*本人が記入欄

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者 療養費支給申請書 [除く 業務上または通勤途上災害による傷病]

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社 *部署・工場名等は不要		
対象者氏名	健保 花子	生 年 月 日	S・H(印) 〇年〇月〇日	続柄	子
傷 病 名	両屈折異常弱視	発病または 負傷の年月日	H・R 年 月 日	不詳	
発病または 負傷の原因	不詳				
傷病の経過 (いずれかに〇印)	治 癒 / 現在も(経過観察)中		この傷病の初診日から記入		
診療又は 手当の期間	R 〇年〇月〇日 から R 現在 年 月 日 日間	診療又は手当 に要した費用	〇〇,〇〇〇 円		
診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇〇 眼科 *作成を指示した医療機関名を記入			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇..... (〇〇〇) TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	治療用眼鏡の作成を業者に依頼したため				
上記の通り申請致します。 令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇..... 氏名(自署)及び 印 健保 太郎(被保険者の署名) (印) 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					

あてはまるものに〇印

必ず 該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

領収証の金額を記入

* 在職者のみ記入 上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店名	銀行・信用金庫	支店
1.普通 2.当座	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

所属事業所 確認印		

↑ 社会保険担当部署の印

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

大同健保