

療養費支給申請書について

【こどもの治療用眼鏡の保険適用】

- ・対象年齢
9歳未満

- ・給付上限金額

矯正眼鏡・弱視眼鏡 : 38,200円 (レンズ2枚1組とフレームを含む価格)
コンタクトレンズ : 18,600円 (1枚価格)

※ アイパッチ及びフレネル膜プリズムは対象外

※ 上記金額の100分の106を上限とする。

上記金額は上限額で、購入したメガネの7割が支給されます。
(義務教育前の場合は8割)

- ・提出書類

- ① 国民健康保険療養費支給申請書
- ② 治療用眼鏡等作成指示書
- ③ 領収書
- ④ 検査書 (②「治療用眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合)

- ・再支給について

5歳未満の場合、前回の支給から1年以上経過していること

5歳以上の場合、前回の支給から2年以上経過していること

【提出先・お問い合わせ先】

〒640-8287

和歌山市築港1丁目4-7

和歌山県歯科医師会館

全国歯科医師国民健康保険組合

和歌山県支部

TEL 073-422-3003/ FAX 073-423-3063

保 險 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄					申 請 年 月 日	・		・										
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分		診 療 費		資 格 特 定 支 給									
	0 9 3 0 1 3						診 補 柔 所		医 歯 調 入 外		証 明 書 疾 病 割 合									
	法 制 番 号		区 分				診 補 柔 所		医 歯 調 入 外		証 明 書 疾 病 割 合									
	一 般	退 職	本 人	家 族	未 就 学 児	高 (現 役 並 み)	高 (一 般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	1	1

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	記号・番号	全歯		-		療養を受けた 被 保 険 者 氏 名 等			組 合 員 との続柄	
	傷 病 名			男 ・ 女			年 月 日 生			
	発病又は負傷 年 月 日	年 月 日		療 養 期 間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日 間	
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地									
	診療または調剤に従事した医師、歯科医師または 薬剤師の氏名									
療 養 者 欄	療養の給付を 受けることが できなかった 理由			発病の 原 因			療 養 に 要 し た 費 用			
			傷病の 経 過							
			療 養 内 容					円		
支 払 方 法	業務上・外、 第三者行為 (交通事故等) の有無	1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故等)である 3. その他		備 考						
	上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。		年 月 日		〒	住 所		組 合 員		
		全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿		氏 名			TEL (- -)		※自署の場合は 押印省略可	
支 払 方 法	フリガナ			金 融 機 関 コード						
	銀行・信組 信金・農協	本・支店 支所		種 別	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)			
決 定 額	負 担 区 分	支 部 決 定 額 (保 険 者 負 担 額)		1		円				
		一 部 負 担 金		2						
		他 法 優 先		3						
		国 保 優 先		4						

係

本部受理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印