

必要書類一覧兼チェックリスト

療養費・家族療養費請求書（小児弱視等メガネ・義眼・コンタクトレンズ）用

組合員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

組合員氏名

すべてのチェック欄に をして、本紙を含めて郵送してください。

No.	提出書類名	チェック欄	確認事項	共済様式						
1	療養費・家族療養費請求書	<input type="checkbox"/>	請求書下部の請求者欄には組合員氏名が記入されている。	○						
2	眼鏡等作成指示書	<input type="checkbox"/>	<p>以下のいずれかの記載がある。</p> <p>(1) 9歳未満の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正である。</p> <p>(2) 眼球摘出後眼窩保護のための義眼である。</p> <p>(3) スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症における、輪部指持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズである。</p> <p>以下の耐用年数を経過している。</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>装具</th> <th>耐用年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療用眼鏡及びコンタクトレンズ</td> <td>前回の保険医の指示日から2年 (5歳未満は1年)</td> </tr> <tr> <td>義眼</td> <td>前回の保険医の指示日から2年</td> </tr> </tbody> </table>	装具	耐用年数	治療用眼鏡及びコンタクトレンズ	前回の保険医の指示日から2年 (5歳未満は1年)	義眼	前回の保険医の指示日から2年	-
装具	耐用年数									
治療用眼鏡及びコンタクトレンズ	前回の保険医の指示日から2年 (5歳未満は1年)									
義眼	前回の保険医の指示日から2年									
3	眼鏡を購入した領収証 (原本)	<input type="checkbox"/>	<p>以下の事項が記載されている。</p> <p>(1) 眼鏡等を使用する者の氏名</p> <p>(2) 治療用眼鏡等の代金であることがわかる但し書き</p> <p>(3) 領収日</p> <p>以下の支給要件を満たしている。</p> <p>領収年月日の翌日から2年以内の請求である。</p>	-						

※一度に当組合に請求できる小児弱視等メガネは1本（小児眼鏡一式）を限度とします。

療養費・家族療養費請求書(治療用装具用)

組合員番号(=社員番号8桁)		組合員(社員)氏名		組合員生年月日	
		(フリガナ)		(和暦)	
				年 月 日	
所属事業所名、部署			日中の連絡先電話番号 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号		
			職場		自宅・携帯

以下の質問にお答えください

1.業務が原因・通勤途上の負傷ですか はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に所轄の労働基準監督署へお問い合わせください

2.第三者行為によるものですか はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に第三者加害担当へお問い合わせください

療養を受けた者(装具をつける人)の氏名		続柄	療養を受けた者の生年月日	
(フリガナ)			(和暦)	
			年 月 日	
発病または負傷原因				
傷病名				
装具等の装着について 医師の指示を受けた日		(和暦) 年 月 日		
診療を受けた 医療機関等		名称	所在地	
マイナ保険証等を使用しなかった理由		治療用装具を作成したため		
装具の種類 (該当に☑)		<input type="checkbox"/> コルセット、サポーター等 <input type="checkbox"/> 小児弱視等メガネ <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> その他()		
お住まいの自治体への 医療費助成の申請状況 (該当に☑)		1 本件請求に係る傷病において、お住まいの自治体から療養に要した自己負担分の払戻しを受けている(又は、当共済組合から療養費の給付を受けた後、払戻しを受ける)。 <input type="checkbox"/> はい(次の「2」の質問に回答願います。) <input type="checkbox"/> いいえ 2 払戻しを受けた(又は受ける予定の)自治体名及び助成制度をご記入願います。 自治体名(都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> その他()		

A 療養に要した金額(注) (領収証の代金)		×	B 支払割合	=	C 請求金額(A×B)	
			割			

(注)Aの金額が下表を超える場合は、下表の金額を記入

眼鏡等		弾性着衣(1着あたり)		年齢等	記入する割合
医師の指示を受けた日	R6.3.31 以前	R6.4.1 以降	弾性ストッキング(両足)	未就学児	8割(0.8)
眼鏡	38,902 円	40,492 円	弾性ストッキング(片足)	70歳未満	7割(0.7)
コンタクトレンズ	16,324 円	13,780 円	弾性スリーブ	70歳以上 (高齢受給者)	8割(0.8)
義眼	87,450 円	92,114 円	弾性グローブ		

送金先	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座へ送金
-----	--------	--------	-----------------------------

上記のとおり請求します。

請求年月日 請求者(組合員)

(和暦) 年 月 日 円

氏名 _____

※ 決定通知書等は共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所へ郵送いたします。

共済組合 処理欄	受付	審査	登録	決定額
-------------	----	----	----	-----