

治療用眼鏡の記入例

治療用器具	支給	¥	取得日	年	月	日	※	※	※
・弾性衣等	純額		喪失日	年	月	日			
・治療用眼鏡	法定	¥	取得日	年	月	日			
()	付加	¥	取得日	年	月	日			

健保使用欄 記入不要

これより上は記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用器具)

① 被保険者等 記号番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	② 事業所 名称	佐川急便株式会社
③ 氏名	サカワ タロウ 佐川 太郎		④ 被保険者 生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
⑤ 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1丁目1-10			

⑥ 器具作製 対象者名	佐川 みどり		⑦ 生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑧ 続柄	長女
⑨ 傷病名	両屈折異常弱視		⑩ 発病又は負傷 の年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
⑪ 傷病の原因はケガ、又は腫瘍等(腫瘍は被保険者のみ)ですか	いいえ・はい		「負傷原因報告書」を添付			
⑫ ⑪が「はい」の場合、第三者行為によるものですか	いいえ・はい		「第三者行為による傷病届」を添付			
⑬ 診療を受けた 医療機関等	a 名称	〇〇眼科医院	b 所在地	〇〇市〇〇町10-20	c 診療した医師等の氏名	健康 良子
⑭ 器具等の装着指示日	R7年11月13日		←(医師による装着指示日)			
⑮ 器具等購入日	R7年11月20日	⑯ 購入額	33,300円		前収書に記載されている日付、金額を記入	
⑰ 器具等装着日	年 月 日 (弾性衣等、小児用視等にかかる治療用眼鏡等の場合は記入不要です。)					
⑱ 公費負担(子ども・ひとり親・身障者助成制度等)の適用を受ける事ができますか	はい・いいえ					
⑲ 申請理由	治療用器具を作製し装着したため					
⑳ 退職者のみ記入	在職中(当組合の加入員)の方は記入不要です。					
㉑ 振込先	任意継続者、退職者、被保険者が亡くなられた法定相続人が申請される場合はご記入ください。					

委任欄	⑳ 上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和 7 年 11 月 25 日 被保険者氏名 (申請者) 佐川 太郎	(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	(受付日付印)
-----	--	--------------------------	---------

在職中の方は事業主を通じてお支払いしますので必ず記名してください。

弱視等治療用眼鏡作製指示書

氏名: 佐川 みどり 年齢: 5 歳 (男)

住所: 〇〇市〇〇町1丁目1-10

I. 種類 (○で囲む): **眼鏡**
コンタクトレンズ (ハード・ソフト)

II. 度数および用法

1. 眼鏡		S (球面)	C (円柱)	A (軸)	遠用加入度数	PD (瞳距)	用法
右	XXXXX	XXX	XXX			XXX	遠用 近用
左	XXXXX	XXX	XXX			XXX	遠用 近用
2. コンタクトレンズ							
右				用法	遠用・近用・遠近両用		
左							

III. 備考 (眼鏡を必要とする理由)

疾患名: 屈折異常弱視
弱視治療のため

2. 治療を必要とする症状および患者の検査結果

右眼視力: 遠見 (0.4)
左眼視力: 遠見 (0.3)

2025年11月13日

医療機関: 〇〇眼科医院
住所: 〇〇市〇〇町10-20
医師名: 健康 良子

領収書

佐川 みどり 様

金額 ¥33,300-

但 治療用眼鏡代金として
令和7年11月20日 上記金額正に領収致しました

内訳
フレーム ¥15,330円
レンズ ¥18,000円
非課税

〇〇市〇〇町8-3-5
〇〇〇眼鏡店
TELXXX-XXX-XXXX

係員
印