

- 被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書

（ 小児弱視用眼鏡・コンタクト
弾性着衣 ）

医師の指示により、小児弱視用眼鏡・コンタクト(0～8歳)や弾性着衣を購入、装着した時に提出してください。

資格情報			
氏名			
記号-番号	—	電話番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先
受診者氏名	続柄 ()	受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 () 歳
傷病名		発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。	領収日	令和 年 月 日
		療養に 要した費用 (領収書金額)	円
障がい者手帳は お持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 【療養費申請の際に】 障がい者手帳のコピーも添付してください。		
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 【療養費の申請前に】 トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。		
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)		

【添付が必要な書類】 **すべて原本でご提出ください。**

小児弱視用眼鏡・コンタクトレンズ申請の方

- 領収書
 保険医の作成指示書
 患者の検査結果 (処方箋)

弾性着衣申請の方

- 領収書
 保険医の装着指示書

《提出先》 トヨタ車体健康保険組合

2024年12月改定