

メガネ作製確認書

あなた（または被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製されたメガネに対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 作製されたメガネの写真を添付して下さい。
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

- 2回目以降の作製の場合
 - ・前回作製年齢 5 歳未満・・・前回作製日から 1 年以上経過
 - ・前回作製年齢 5 歳以上・・・前回作製日から 2 年以上経過
 している場合は今回の還付対象となります。
- 療養費支給の上限額までが支給の対象となります。

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) メガネを作製することが決まった日	(6) メガネを装着した日 (納品日)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

問 1. メガネの作製経緯について教えてください。

(1) **メガネを作製するきっかけを教えてください** (例) 継続的に受診しメガネを作製することになった、医師の勧め等

(2) メガネ 作製までの経緯

ー① メガネを作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

③主治医 / ⑥自分で決め、医師に依頼

⑦ その他 ()

問 2. 主治医からどのような目的のメガネだと説明を受けられましたか？

→ 具体的な指示事項をお書きください

問 3. メガネは今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある (①～③へ)

(2) 初めて作製した (問5へ)

① いつ頃作製されましたか？

年 月 頃

② 以前作製したメガネは

(a) 現在も使用している

(b) 処分した

(b) その他

③ 今回の作製したメガネは、

(a) 改めて作製した

(b) 以前作製したメガネを修理した

問 4. 障害者手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

(1) 持っている (※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由

(2) 持っていない

問 5. メガネ装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？

■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()

問 6. 「意見およびメガネ作製証明書」発行の代金をお支払しましたか？

(1) いいえ / (2) はい → ※領収書、作製証明書は原本を提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関 及び 関係機関に照会することに同意します。

ヤマザキマザック健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

㊞

ご協力ありがとうございました。【ヤマザキマザック健康保険組合 2019.08】