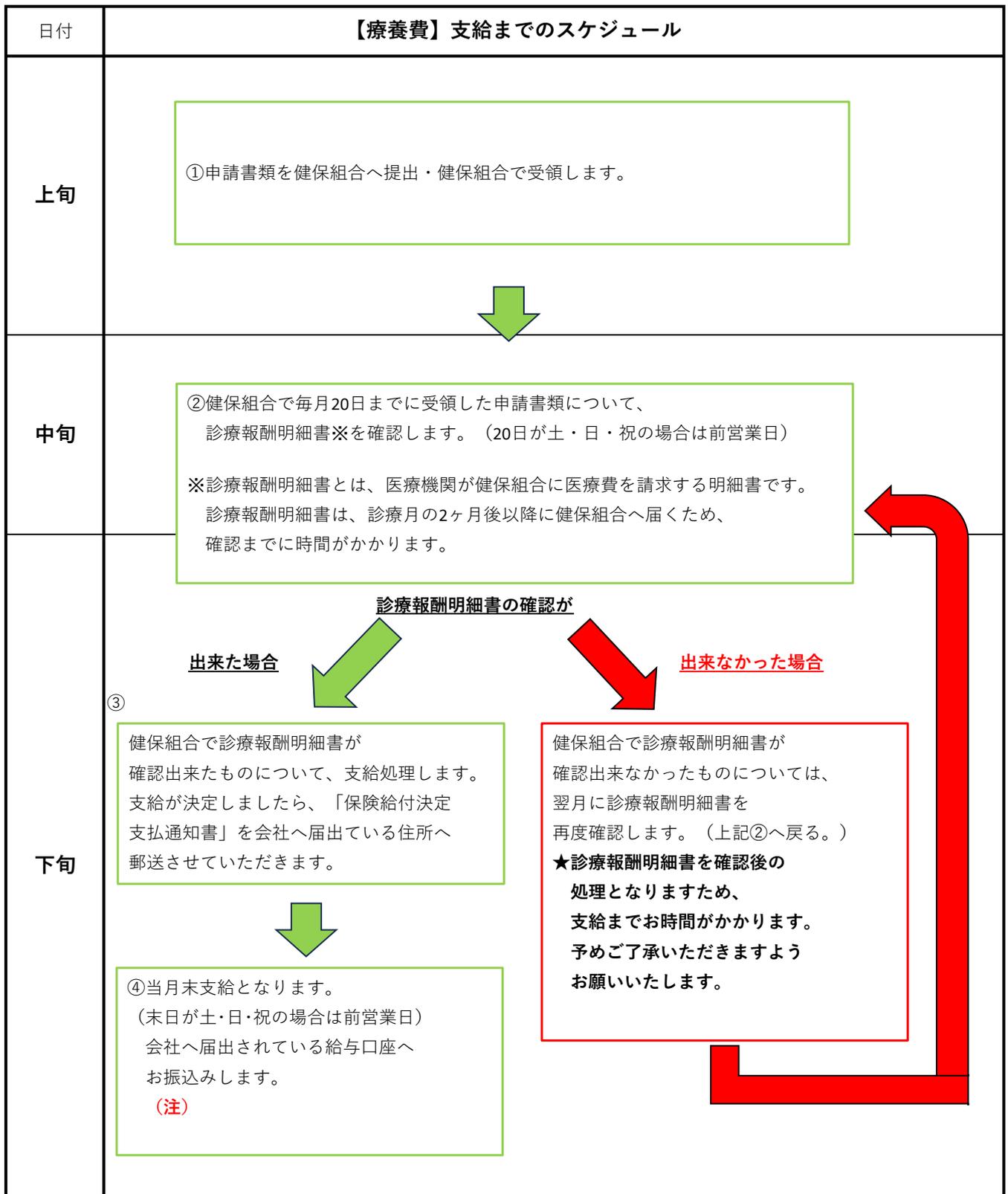


【療養費】支給の流れ <令和7年4月1日健保組合受領分より>



(注) 療養費(10割立替)を申請された方は、提出日によっては、診療月の2ヶ月後以降にお支払いする場合がございます。

任意継続被保険者は、健保組合へ届出された口座へお振込みとなり、「保険給付決定支払通知書」は健保組合に届出された住所へ郵送となります。

健保記入欄	支給額	円	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日								
	被保険者等 記号番号	記号	被保険者 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
		番号								
	被保険者 住所	〒		所属及び 部署名		電話 ()				
	療養を受けた者が 被扶養者のときは その者の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	発病または 負傷年月日	平 令	年	月	日	傷病名				
	発病または 負傷の原因					第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい			
	傷病の経過	1.入・通院中 2.(装具等装用により)経過観察中 3.完治 4.その他()								
	診療を受けた 医療機関	名称	診療を担当 した医師名							
		所在地								
	診療の期間 (支給期間)	自	令和	年	月	日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額 ※領収書を添付すること 円
		至	令和	年	月	日	日	通院 入院	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	
診療の内容										
療養費の支給 申請の理由	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. 治療用装具作成 ※靴型装具を作成した場合は当該装具の写真添付が必要です。 5. 小児眼鏡作成 6. その他()									
給付金振込先	給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。									

* 退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。

[添付書類]*添付書類は、全て原本を提出してください。

上記、療養の給付を受けることができなかった理由

◎ 1.～3 に該当する場合 「診療報酬明細書(原本)」、これに要した費用の「領収書(原本)」を添付してください。

* 療養費支給申請書は、同診療月であっても、医療機関(病院・薬局)ごと、入院・外来に分けてご記入ください。

◎ 4. に該当する場合 「医師の証明書(原本)」、これに要した費用の「領収書(原本)」を添付してください。

(領収書は義肢装具士の氏名・装具の名称・基本価格等の記載があるもの)

また、靴型装具を作成された場合は、実際に装着する現物であることが確認できる

「当該装具の写真」を貼り付けた「治療用装具写真貼付台紙」を添付してください。

* 厚生労働省の通達により、平成30年4月1日以降に作成した靴型装具に関しては、当該装具の写真の添付が必要となりました。

◎ 5. に該当する場合 「医師の証明書(弱視・斜視等の明記がしてあるもの)(原本)」「治療用眼鏡等の作成指示書(写しでも可)」

「検査結果(原本)」、これに要した費用の「領収書(原本)」を添付してください。

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室

受付日付印

大気社グループ健康保険組合

大気社グループ健康保険組合

治療用装具写真貼付台紙

今回作成した治療用装具の写真を添付してください。

①装具の全体像

②サイズ、ロゴ表示等があればその箇所

被保険者等 記号		被保険者名	
被保険者等 番号		対象者名	

①装具の全体像(装具全体が見えるようにお願いします。)

(写真貼付箇所)

②サイズ、ロゴ表示箇所

(写真貼付箇所)