

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 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日							
	被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏 名	生年月日	昭和	年	月	日	
		番号			平成				
	被保険者 住所	〒		所属及び 部署名					
		電話 ( )			電話 ( )				
	療養が被扶養 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	平 ・ 令	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	平 ・ 令	年	月	日				
診療の内容									
療養の給付を 受けられな かった理由	1. 保険者証交付手続き中だったため 2. 前健保の保険者証を資格喪失後に使ったため 3. 保険者証を持参できなかったため 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	<b>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。</b>								

\* 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」、これに要した費用の「領収書」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」、これに要した費用の「領収書」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)」「治療用眼鏡等の作成指示書(写しでも可)」「検査結果」、これに要した費用の「領収書」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

被保険者証 記号		被保険者名	
被保険者証 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)