

健康保険組合記入欄

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------|---|------------|-------------|-------------------|--------------------|--------------|----|----|---------------------------|---|---|---|---|----|
| 提出日 | 令和 1 年 5 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 記号番号 | 記号 | ×× | | 被保険者 氏名 | 健保 太郎 | | | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 番号 | △△△△ | | | 平成 | 4 | 9 | | 0 | 7 | 2 | 1 | | | | |
| 被保険者 住所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所をご記入下さい | | | | 所属及び 部署名 | 〇〇〇部 | | | | | | | | | | |
| | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| 療養が被扶養 者のときは、 その者の氏名 | ワカナ | | | | 続柄 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | | | | | | 平成 | | | | | | | | | |
| 発病または 負傷年月日 | 平 | 年 | 月 | 日 | 傷病名 | 急性胃炎 | | | | | | | | | | |
| | 令 | 3 | 1 | 0 | | 4 | 0 | 1 | | | | | | | | |
| 発病または 負傷の原因 | 不明 | | | | | | 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 | 〇〇〇病院 | | | | | 診療を担当 した医師名 | 〇〇 〇〇 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 病院の住所をご記入下さい | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療の期間 (支給期間) | 自 | 平 | 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 | | | | | |
| | 至 | 令 | 3 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 日 | 通院 | | 自 | 年 | 月 | 日 | 日間 |
| 診療の内容 | 診察・投薬 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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」、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

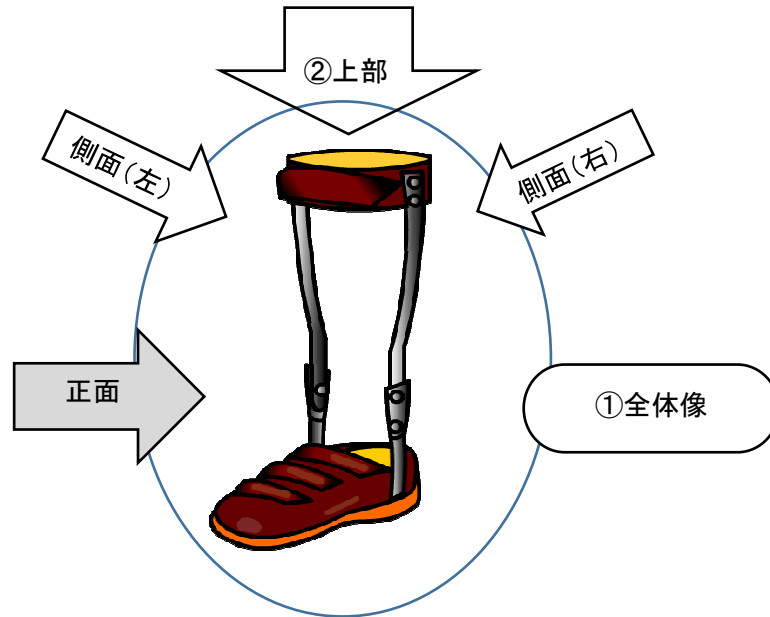
大気社グループ健康保険組合

大気社グループ健康保険組合

治療用装具の写真(ご説明書)

(1)撮影方法について

- ①全体像-----装具の正面・側面からなど装具全体が見えるように撮影してください。
- ②上部からの全体像-----上から装具の全体像を撮影してください。



(2)装具の全体像 撮影<例>



※画像はイメージです

(3)注意事項

- ・インターネット上の画像を引用・転載ではご申請いただけませんので、ご注意ください。
必ず、実際に装着される装具の写真を添付してください。
- ・不明瞭な写真につきましては再提出を依頼させていただく場合もございます。
ご理解とご協力をお願いいたします。

記入見本

大気社グループ健康保険組合

【治療用装具(靴型装具)を作成された方へ】※治療用装具(靴型装具)を申請される方は、必ず提出してください。

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上部からの全体像

| | | | |
|-------------|------|-------|-------|
| 被保険者証 記号 | ×× | 被保険者名 | 健保 太郎 |
| 被保険者証 番号 | △△△△ | 対象者名 | 健保 次郎 |

①装具の全体像(正面・背面からなど、装具全体が見えるようにお願いします。)



※ 画像は撮影イメージです ※
ご申請の際は、実際に作成された装具を
撮影し、写真を印刷の上、添付くださいます
ようお願いいたします。

②上部からの全体像



※インターネット上の画像を引用・転載ではご申請いただけませんので、ご注意ください。