

記入例

療養費支給申請書

(本人・家族)

弱視眼鏡や同部位の弾性着衣を再作成または再購入された方は回数をご記入ください

→【第 回目】

|                      |                           |                              |               |
|----------------------|---------------------------|------------------------------|---------------|
| 健康保険組合理事長殿           |                           | 令和 3年 5月 10日                 |               |
| 被保険者                 |                           | 住所 〒 145-1234 東京都大田区〇〇町1-2-3 |               |
|                      |                           | 氏名 青空 太郎                     |               |
| 下記のとおり申請します。         |                           |                              |               |
| 給付種別                 | 1. 治療用装具(コルセット・弱視眼鏡等)     | 2. 診療費用の立替払い                 | 3. その他( )     |
| 記号・番号                | 1-1234567                 | 事業所名称                        | アルプスアルパイン株式会社 |
| 療養を受けたものの氏名          | 青空 次郎                     | 続柄                           | 長男            |
|                      |                           |                              |               |
|                      |                           | 装着日又は受診日の年齢                  | 20 歳          |
| 傷病名                  | 左足関節外果骨折                  | 発病/負傷の年月日                    | 令和3年 3月 25日   |
|                      |                           | 第三者行為ですか                     | いいえ・はい        |
| 発病又は負傷の原因及びその後の経過    | サッカー試合中の転倒による骨折           |                              |               |
| 診療を受けた病院             | 〇〇市民病院                    | 診察した医師の氏名                    | 朝日 五郎         |
| 病院の住所                | 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-1-1        |                              |               |
| 診療期間                 | 令 3年 3月 25日 ~ 令 3年 4月 25日 |                              | (日数 日)        |
| 入院期間                 | 令 3年 3月 25日 ~ 令 3年 4月 15日 |                              | (日数 日)        |
| 装具の装着日               | 令 3年 3月 25日               | 診療に要した費用                     | 13,414 円      |
| 診療内容                 | 左足関節具の作成                  |                              |               |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 窓口での保険適用外のため              |                              |               |

治療用装具申請の場合のみ記入してください

\*ALPS(AGDを除く)/APN以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

|        |       |                       |          |  |
|--------|-------|-----------------------|----------|--|
| 支払金融機関 | 金融機関名 |                       | 支店名      |  |
|        | 預金種別  | 1. 普通 2. 当座 3. その他( ) | 口座名義(カナ) |  |
|        | 口座番号  |                       |          |  |

|         |                             |                     |                |
|---------|-----------------------------|---------------------|----------------|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |                     |                |
|         | 令和 3年 5月 10日                |                     |                |
|         | 被保険者                        | 住所                  | 東京都大田区〇〇町1-2-3 |
|         |                             | 氏名                  | 青空 太郎          |
|         | 代理人                         | 住所                  |                |
|         | 氏名                          | 各事業所の社会保険担当者が記入致します |                |
|         | 委任者と代理人との関係                 |                     |                |

(事)社会保険担当者印

健保組合受付印

【添付書類】

1. 治療用装具

- コルセット/膝サポーター/歩行補助器/弾性着衣等を作成した場合 ・領収書(原紙) ・医師の証明書(原紙)
- 靴型装具を作成した場合 ・領収書(原紙) ・医師の証明書(原紙) ・当該装具の写真(貼付台紙に貼って下さい)
- 弱視眼鏡を作成した場合 ・領収書(原紙) ・治療用眼鏡等作成指示書(原紙)

2. 診療費用の立替払い

- 前保険への医療費返納分を請求する場合 ・返納金受領証明書(原紙) ・診療報酬明細書(写)
- 保険証がなかったため10割負担した分を請求する場合 ・領収書(原紙) ・診療報酬明細(発行されている場合のみ)