

療養費支給申請書

(本人 ・ 家族)

【第 回目】

健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
被保険者		住所	〒
		氏名	_____
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		事業所名称	
療養を受けたものの氏名	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		装着日又は受診日の年齢	歳
傷病名		発病/負傷の年月日	年 月 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			
診療を受けた病院			診察した医師の氏名
病院の住所			
診療期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日	(日数	日)
入院期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日	(日数	日)
装具の装着日	令 年 月 日	診療に要した費用	円
診療内容			
療養の給付をうけることができなかった理由			

*ALAP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 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	代理人	住所 氏名 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)

靴型装具写真添付台紙(表)

- 注) 1 患者が実際に装着する現物であることが確認できるよう撮影した写真を枠内に添付して下さい。
2 装具全体が確認できるように撮影してください。
3 装具代金を支払った際に受け取った装具全ての写真を撮影して下さい。
(台紙が2枚になっても構いません)
4 中敷き等靴に挿入するタイプの装具がある場合には、靴から取り出した状態で撮影して下さい。
5 ご提出頂いた写真は返却致しかねますので、予めご了承下さい。

正面から撮影したもの

側面(左右どちらか一方)から撮影したもの

靴型装具写真添付台紙(裏)

裏面(底面)から撮影したもの

その他(ロゴ・タグ(サイズ・品番・メーカー表記等))