

療養費支給申請書（治療用装具、立替払等）

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|---|---|----|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 保険証の 記号・番号 | - | 事業所名 | | | | | | |
| | 受診者氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | |
| | 申請区分 該当に <input checked="" type="checkbox"/> ※添付書類 下記参照 | <input type="checkbox"/> ①治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> a.装具 <input type="checkbox"/> b.眼鏡 <input type="checkbox"/> c.弾性着衣 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ②誤って他の保険者の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> ③手続き中により保険証を受け取っていなかったため <input type="checkbox"/> ④緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ） | | | | | | | |
| | 発病または 負傷の原因 | 傷病名 | | 発症または 負傷年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | ※不明な場合は おおよそで 構いません ※空欄、不明だと 受理不可 | どこで | | | | | | | |
| | | 何をしています | | | | | | | |
| | 確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/> | 業務中や通勤中によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請の場合は労基署名() | 第三者の行為によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 「はい」は負傷原因届の添付が必要 | | | | | | |
| 医療機関など 支払先の名称 | | | | 支払った金額 | 円 | | | | |
| トッパングループ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。（給与と併せて支給/支給日：事業所の給与支給日） 令和 年 月 日 住所 〒 <div style="text-align: center;">氏 名 TEL</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください</div> | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------|---|--|
| 添 付 書 類 | 【注意】申請は1件につき1枚必要です。複数月や支払先が複数の場合は分けて申請してください。 | |
| | ①治療用装具を作成したため | <input type="checkbox"/> 治療用装具等作成に関する領収書の原本（内訳の記載があるもの） <input type="checkbox"/> a.治療用装具・・・医師の「意見書および装具装着証明書」の原本 <input type="checkbox"/> a.治療用装具写真貼付台紙 ※靴型装具とそれに準じる場合は必要 <input type="checkbox"/> b.治療用眼鏡・・・医師の「眼鏡等作成指示書」の原本 <input type="checkbox"/> c.弾性着衣・・・医師の「弾性着衣等装着指示書」の原本 |
| | ②誤って他の保険者の保険証を使用したため、③手続き中により保険証を受け取っていなかったため | <input type="checkbox"/> 受診時の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 医療機関が証明した診療(調剤)報酬明細書（レセプト）※会計時に受け取る診療(調剤)明細書ではありません |
| | ④緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため | <input type="checkbox"/> 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本 <input type="checkbox"/> 医療費を返還した保険者から交付された診療(調剤)報酬明細書（レセプト） |

| | |
|---------|-----|
| 健 保 組 合 | |
| 決 裁 | 処 理 |
| | |

| |
|------|
| 健保受付 |
| |

| | |
|-------|-----|
| 事 業 所 | |
| 責任者 | 担当者 |
| | |