

健康保険 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"/>	労災(業務上や通勤中)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	
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 〒 氏 名 TEL ※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									

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	<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）
	③手続き中により保険証を受け取っていなかったため 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"/> 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

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者