

支給額	円
-----	---

常務理事	事務長	係長	係員	
資格取得	昭・平・令	年	月	日
資格喪失	令和	年	月	日

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (第 0 回目)

日東電工健康保険組合理事長殿		令和 0 年 0 月 0 日				
住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
被保険者		氏名 健保太郎 (健)				
下記のとおり申請します。						
被保険者証の 記号・番号	2001-00000	事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社〇〇事業所			
被扶養者に 関するとき	被扶養者 氏名 健保花子	被扶養者 生年月日 昭和 平成 0 年 0 月 0 日 令和	被保険者 との続柄 長女			
傷病名	右膝関節靭帯損傷		第三者の行為 がある・ない (ある)の場合は第三者行為届を提出して下さい			
発病又は負傷年月日	(いつ) 令和 0 年 0 月 0 日 AM・PM 10時頃	(どこで)	〇〇公園			
発病又は負傷 原因及び経過	(何をしています) サッカーをしている際に足をくじき転倒し負傷した。					
傷病の経過	令和 0 年 0 月 0 日 現在 治療・治療継続中・中止					
診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇整形外科医院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2-2		
	医師名	保険次郎				
	名称		所在地			
	医師名					
立替払いの場合	診療を受けた 期間	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	日間	診療区分	入院・外来	
治療用装具の場合	装着について 指示を受けた日	令和 0 年 0 月 0 日	装着日	令和 0 年 0 月 0 日	診療区分	入院 (外)
上記期間に入院 していた場合	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	日間	療養に要した 費用の額	00,000 円		
診療の内容						
療養費の支給申請の 理由 (右記番号に○を記入)	1 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため 2 緊急やむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため 3 誤って他の保険者の保険証を使用したため 4 治療用装具を作成したため 5 その他(理由) []					
振込先金融機関名	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義 (フリガナ)	

※ 在職者の場合、給与口座に振り込みます。(口座記入不要)

※ 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要)

【添付書類】

<p>◆ 医療費を自費で支払ったとき(立替払)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療(調剤)報酬明細書【レセプト】の原本 ※医療機関等へ発行依頼 傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等記載のあるもの ● 領収書(領収明細書)の原本 ※ 消費税は支給対象外
<p>◆ 国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療(調剤)報酬明細書【レセプト】の写し ※封を開封せずに添付 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療(調剤)報酬明細書 ● 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書
<p>◆ 治療用装具(コルセット)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」の原本 医師が治療上装具を必要と認め、かつ装着日の確認できる証明書 ● 領収書と明細書(内訳書)の原本 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名・オーダーメイド または既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載されたもの ● 靴型装具の申請に限り、装具の現物写真 正面、側面、裏面(正面の反対側)、タグ・ロゴ・商標・品番(文字等が読み取れる) <p>【支給対象外】</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 補聴器や洗いや替え等日常生活の利便性(屋内・屋外用や昼・夜用等)のためのもの (治療用装具の支給は、1種目につき1個と定められています) ※ 職業上やスポーツ・リハビリ等の際に、一時的に着用するもの ※ 症状固定後に使用するもの(市区町村の福祉制度の対象になります) ※ 支給対象と認められる既製品以外の、一般流通している市販品やそれらの加工品
<p>◆ 小児弱視等の治療用眼鏡等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の「治療用眼鏡等作成指示書」の写し 弱視等のため治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの ● 検査書 (作成指示書に視力等の検査結果の記載がある場合は不要) ● 領収書の原本 ※価格の内訳必須 フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されているもの ※ 9歳未満の小児で、「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。 (アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外) ※ 再作成は、前回作成時の年齢から下記の装着期間を必要。 5歳未満…1年以上、5歳以上…2年以上
<p>◆ 四肢のリンパ浮腫治療のための 弾性着衣等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の「弾性着衣等装着指示書」の原本 装着部位、手術年月日、着圧指示等が記入されているもの 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が記載されたもの 「弾性包帯」の場合は、包帯の装着を指示する理由が記載されたもの ● 領収書の原本と明細書(内訳書)の原本 ※ リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療で使用されるもので、着圧30mmHg以上の弾性着衣が対象。 ※ 再購入は、前回購入後6ヶ月以上の装着期間を必要。
<p>◆ 生血液を輸血したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ● 領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されているもの ※ 保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費対象外。
<p>◆ 臍帯血を搬送した場合等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書の原本 搬送に要した費用を証明した領収書の原本 ● 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元、区間(詳細な経路)・期間・回数
<p>◆ 海外でやむを得ず受診したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療内容明細書の原本および日本語訳 ● 領収証明書の原本および日本語訳 歯科の場合は「領収証明書(歯科)」様式を提出してください。 ● 領収書の原本および日本語訳 ※ 翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記 ● パスポートの写し(氏名・顔写真と当該期間の出入国スタンプのページ)

※ 領収書等の原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください。