

常務理事	事務長	担当者

健康保険

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書(立替払等、治療用装具)

被 保 険 者 の ご 記 入 欄	被保険者		被保険者の氏名		事業所名	
	記号	番号				
	1000	××××	神商 太郎 (印)		神鋼商事株式会社	
	被扶養者に関する申請のときは被扶養者の	氏名	(フリガナ)	昭和 平成	年 月 日	被保険者との続柄
		神商 花子		40	3 月 1 日	妻
	傷病名	右膝靭帯損傷			発症・負傷年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	発病又は負傷の原因 (特に外傷の場合は詳しく)	バレーボールのプレイ中に転倒し損傷			1. の治療用装具の申請をされる場合は、治療用装具の写真を撮影して、治療用装具等画像貼付台紙に貼り、療養費支給申請書に添付してご提出ください。	
	保険診療を受けられなかった理由	1. 治療上必要な装具の製作者は保険医療機関等でないため 2. 医療機関等で健康保険の資格が確認できなかったため 3. その他 ( )				
	診療又は手当てを受けた医療機関等	名称	大阪警察病院 整形外科		住所	大阪市天王寺区北山町10-31
	診療又は手当ての内容	触診とレントゲン撮影とMRI撮影			診療又は手当てに要した費用の額	30,000 円
診療又は手当てを受けた期間	入院期間		外来期間		装具装着日	
	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	自 令和 ○年 ○月 ○日	至 令和 ○年 ○月 ○日	令和 ○年 ○月 ○日	
第三者の行為による負傷であるとき	届出の有無	有・無	加害者の住所	装具装着証明書の装着日または意見書の装着日をご記入ください。		
神鋼商事健康保険組合理事		第三者の行為による負傷であるときは第三者行為負傷届をご提出ください。				
上記のとおり申請します。						
令和 ○年 ○月 ○日		住所 〒 530-0001 大阪市北区××町○○○				
治療用装具の申請をされる場合は、療養費支給申請書に添付書類等の1. を一緒にご提出ください。		氏名 神商 太郎 (印)				

【添付書類等】

- 治療装具の申請をされる場合は、「医師の証明書(原本)」または「医師の意見書(原本)」、費用の内訳がわかる「領収書(原本)」、治療用装具の写真(眼鏡、コンタクトレンズは不要)を添付してください。
- 立替払いの申請をされる場合は、個人ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書」または「調剤報酬明細書」と「領収書(原本)」を添付してください。

健 保 記 入 欄	給付種別	① 治療用装具	② 立替払い	③ その他
	支給金額	円		

受付印

