

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)

常務理事	事務長	担当者

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) 神商 花子	昭和 平成 40 年 3 月 1 日	被保険者との 続 柄	妻
	傷 病 名	右膝靱帯損傷			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 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		外来期間 自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		装具装着日 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	氏名	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 上記のとおり申請します。		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。			
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		住所 〒 530-0001 大阪市北区××町○○○				
1. 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。 2. 健康保険の資格が確認できなかったため申請をされる場合は 療養費支給申請書に添付書類等の2. 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

