

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(立替払い・治療用装具等)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 号 記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名 (社員番号)		(フリガナ)	
	事 業 所 名 称 と 所 属					
	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏 名	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
	傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因			診 療 又 は 装 具 等 の 内 容 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着 <input type="checkbox"/> その他()	
	傷 病 の 経 過 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()				
	診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称 ・ 所 在 地	名 称	(診療に従事した医師の氏名)			
		所 在 地				
	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	円	治 療 用 装 具 等 領 収 日	令 和	年 月 日	
	診 療 を 受 け た 期 間	自 令 和 年 月 日	日 間	入院の場合 入院期間		
		至 令 和 年 月 日		自 令 和 年 月 日	日 間	至 令 和 年 月 日
	装 具 の 場 合 は 装 着 年 月 日	令 和 年 月 日	※治療用装具(コルセット、小児弱視眼鏡等)に関する申請のときは、装具装着年月日を記入して下さい。			
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 (い ず れ か に ✓)	<input type="checkbox"/> 資格(加入中の健保)を確認できなかったため <input type="checkbox"/> マイナ保険証等を携帯していない時に医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 治療に必要な装具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他()				
	第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の か 否 か	あ る ・ な い	そ の 事 実 の 届 出 の 有 無	あ る ・ な い		
	第 三 者 の 氏 名 ・ 住 所 (不明の時はその旨)					
振 込 先 (被 保 険 者 名 義)	1.健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座)					
	2.	銀 行 信 金	本 店 支 店	普 通 預 金	NO.	
	1.以外で希望する 場合の振込先	口座名義(カタカナ記入):				
上記のとおり申請します。						
また、申請にあたり、日本イーライリリー健康保険組合が関係機関(※)に対して、給付記録や診療履歴等の照会を行うこと、及び、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 なお、本紙の写しも有効と認めます。						
受付日付印						
※関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関等を指します。						
令和 年 月 日						
住所 〒						
TEL ()						
メールアドレス						
被保険者氏名						
日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿						

【添付書類】 立替払い：診療報酬明細書(レセプト原本)と医療機関発行の領収書(原本)
※診療報酬明細書は、領収書とともに発行される「診療明細書」ではありません。
詳細については受診された医療機関にご確認ください。

治療用装具：詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)
なお、靴型治療用装具申請には写真が必要の為、本申請書の2枚目も添付してください。

治療用眼鏡：領収書(原本)と医師の作成指示書(写し)

治療用装具の写真について（靴型装具の場合のみ必要）

平成30年4月1日から、靴型装具の療養費支給申請に際しては、当該装具の写真添付が必要になります。
以下の手続きに従って写真を撮影・提出してください。

(1) 撮影方法について

装具の**真正面**から**全体**が写っているものを1枚、必ず撮影してください。

(右図参照)

その他に、何枚撮影しても構いません。

ロゴ・商標などがある場合、出来るだけ写真に写る様に撮影してください。

提出された写真は療養費の支給決定に使用する為返却できません。

全体が写るように

正面



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像し、下記添付欄に貼付けし、
申請書1枚目とその他の添付書類（医師の作成指示書等）と一緒に下記送付先へ提出

(写真貼付欄)

※複数枚撮影された場合は本紙裏面もしくは別の用紙に貼付し、ホチキス留めください。

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス： info@lillykenpo.com

※メールを送信した後、申請書1枚目とその他の添付書類（医師の作成指示書等）と一緒に下記送付先へ提出
画像メールの送信日を下記へご記入ください。

画像メール送信日： 年 月 日 メール提出済

(送付先)

〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10階
日本イーライリリー健康保険組合 宛