

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	被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 123	被保険者氏名 (フリガナ) ニホン タロウ 日本 太郎 (社員番号) 999
	事業所名称 と 所 属	〇〇〇〇(株) 〇〇支店		
	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	右足関節靭帯断裂		発病又は負傷 の年月日 令和 *年 3月 2日 (負傷の場合は 10 時頃)
	発病又は 負傷の原因	自宅の階段を踏み外し転倒		診療又は装具 等の内容 (いずれかに✓) <input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input checked="" 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 checked="" 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 〇〇病院 (診療に従事した医師の氏名) 〇〇 〇〇	所在地 兵庫県神戸市中央区〇〇1-1-1	
	診療に要した 費用の額	円	治療用装具 等領収日	令和 *年 3月 3日
	診療を受けた期間	自 令和 *年 3月 2日 至 令和 *年 3月 15日 3日間	入院の場合 入院期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	
	装具の場合は 装着年月日	令和 *年 3月 3日	保険証交付 年月日	平成・令和 年 月 日
	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"/> 保険証発行中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input checked="" 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"/> その他( )		
	第三者行為によって負 傷したものか否か	ある・ <u>ない</u>	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 本店 普通 信金 支店 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。 ※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 5月 10日 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇4-1-6 TEL 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.com 被保険者氏名 日本 太郎 日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿			
備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点			

※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ください。

また、それ以外の申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。

【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)

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)