

療養費・第二家族療養費 支給申請書 【治療用器具】【立替治療費】

日本電気健康保険組合 御中

在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。		会社名	
健康保険 記号・番号	記号	番号	所属
記入日	令和 年 月 日	メールNo.	-
被保険者名		自宅住所	〒
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	日中連絡がとれる電話番号	TEL - -
対象者に	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日)		
申請内容(該当申請にチェック)		必須添付確証(全て原本)(添付した書類にチェック)	
<input type="checkbox"/> ①治療用器具(コルセット等)		<input type="checkbox"/> 治療用器具作製指示装着証明書(原本) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 器具内容の内訳書(原本)	
<input type="checkbox"/> ②小児用眼鏡 対象傷病(弱視、斜視、先天性白内障術後の屈折矯正の治療)		<input type="checkbox"/> 弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本) <input type="checkbox"/> 領収書(原本)	
<input type="checkbox"/> ③弾性着衣等		<input type="checkbox"/> (悪性腫瘍の術後・原発性)弾性着衣等 装着指示書(原本) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 弾性着衣内訳書(原本)	
<input type="checkbox"/> ④受診時、健康保険の資格未確認 (全額窓口負担)		<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(原本) <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 (院外処方の場合) <input type="checkbox"/> 受診者の氏名が記載された領収証(原本)	
<input type="checkbox"/> ⑤前加入の健保(国保)より請求され支払った分		<input type="checkbox"/> 前健保(国保)より送付された診療報酬明細書(原本) <input type="checkbox"/> 前健保(国保)より送付された領収書(原本)	
* 送付された申請書、各種確証は返却いたしません。必要な方は提出前にコピーを取っておいて下さい。			
申請内容が①の場合は記入必須。④⑤の場合は外傷性傷病の場合のみ記入。②③の場合は記入不要。			
発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	傷病名	
外傷性の場合	原因	<input type="checkbox"/> 交通事故・加害者がいる怪我 <input type="checkbox"/> 労災・通勤途上災害 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 学校内・学校行事の負傷(日本スポーツ振興センター保険 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他()	
	発生経緯	「どこで」、「何を」、「どの様に負傷したか」	
在職者は記入不要 退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。 (任意継続保険加入者は保険料振替口座を優先します。)			
金融機関名	口座番号	フリガナ	退職年月日
銀行			令和 年 月 日
支店 (普通)		名義	

被保険者記入欄

事業主記入欄	令和 年 月 日 事業所名 上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。 事業主名 (代理人)
--------	---

健康保険組合記入欄	治療用器具 <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 既製品 <input type="checkbox"/> その他	医師指示日	令和 年 月 日
	小児用眼鏡 <input type="checkbox"/> 上限額超え(領収額 円) <input type="checkbox"/> 傷病名確認	受診日	令和 年 月 日 ~
	弾性着衣 <input type="checkbox"/> 上限額超え(領収額 円) <input type="checkbox"/> 傷病名確認		令和 年 月 日
	申請履歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当年月 耐用年数 年)	領収日	令和 年 月 日
		日数(個数)	日・個
		給付審査結果 (支給・一部支給・不支給) 管理No 決議No 承認欄 常務理事 事務長 マネージャー	支給対象額 主任 担当 受付年月日