被保険者（被扶養者）療養費支給申請書[立替払・治療用装具等]

被保険者が記入するところ	被保険者等記号番号	記号		ｺｰﾎﾟﾚｰﾄID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		番号								
	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ								
		（　自　署　）								
	被保険者住所	〒 電話　（　　）								
	事業所名									
	部署名	電話　（　　）								
申請内容	受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名					発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の原因および経過									
	診療を受けた医療機関名称医師の氏名			診療を受けた医療機関住所	〒					
	診療を受けた期間	平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで	日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで					日
	療養に要した費用	円		診療の内容						
	装具の場合は装着年月日	平成 令和　年　月　日		治療用装具等領収日	平成 令和　年　月　日					
	療養費の支給申請の理由（該当に〇）	1. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証等を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具の装着のため（装着年月日を記入欄へ記入してください） 5. 治療用眼鏡等の作成 6. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣装着のため 7. 生血　※添付書類は欄外下部参照								
	交通事故等第三者が原因	いいえ　・　はい		第三者が原因の場合はその状況						

振込先情報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認

健保記入欄	支給額	円

令和　年　月　日提出
受付日付印

※添付書類　　詳細については別紙 添付一覧参照
1及び2. 医療機関等が発行する診療報酬明細書（レセプト）（原本）及び領収書（原本）
3. 以前の健保から発行された診療報酬明細書（レセプト）《※未開封のもの》原本及び領収書（原本）
4. 医師の意見書、装具装着証明書（原本）及び詳細の分かる領収書（原本）
　※注意：靴型装具の場合は作製した装具の写真（全体がわかるよう正面または横方向に撮影してください）
5. 医師の作成指示書（原本）《検査結果の記載が無い場合は検査結果（原本）》及び領収書（原本）
6. 医師の弾性着衣等の装着指示書（原本）及び領収書（原本）
7. 輸血証明書（原本）及び領収書（原本）《血液や移送にかかった費用の内訳が記載されたもの》

提出先：〒105-0023　東京都港区芝浦1-1-1　　シミックグループ健康保険組合 宛