

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円

支給期間	自 令和 年 月 日
	至 令和 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務局長		担当者
資格取得	令和 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

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

記号	番号	事業所の名称	
被保険者名	受診者 氏名		続柄
傷病名	受診者の 生年月日		昭・平・令 年 月 日
発病の原因 および経過			
傷病の経過			
診療を受けた 医療機関名称	診療を受けた 医療機関住所		
診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
療養または治療用 装具等に要した 費用	円	治療用装具等 装着日	令和 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を作成、購入したため ※1 <input type="checkbox"/> 健康保険の手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかったため。 ※2 <input type="checkbox"/> 当組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 ※3 <input type="checkbox"/> 医師同意のもと、はり灸にて施術をうけたため。 <input type="checkbox"/> その他 詳細記入→ ()		
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実 と届出の 有無	加害者の氏名	
		加害者の住所	〒
被保険者本人 の銀行口座	銀行		支店
	普通 当座 口座番号	フリガナ	口座名義人
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日		〒	-
		住所	
エンターテイメント健康保険組合理事長 殿		被保険者の 氏名(自署)	TEL ()

- 添付書類 ※1 装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」及び「装具の領収書」の原本と「作成した装具の写真」を添付
9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付
※2 医療機関で記入してもらった「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付
※3 前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」の原本を添付

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書【別添 作製した装具の写真】」とともに、全体がわかるよう正面と裏側の2方向を撮影して下さい。



【ご注意】

「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



(2) 撮影した写真をプリントし、療養費支給申請書と一緒にご提出ください。

提出書類

- 療養費支給申請書
- 医師の意見書、装具装着証明書
- 装具製作会社の領収書
- 購入された装具の写真

装具作製確認書【別添 作製した装具の写真】

(1) 記号—番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
—		
(4) 療養費支給申請書に添付の「意見書 及び 装具装着証明書」に記載の事項		
① 作製した治療用装具名	② 装具を作製することが決まった日	年 月 日
	③ 装具を装着した日（納品日）	年 月 日