

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	日	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	日
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	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