

**被保険者  
療養費支給申請書（治療用装具）  
被扶養者**

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被 保 険 者	氏名		被保険者 記号番号	-
	電話番号	□自宅 □携帯 □勤務先	-	-
	住所	〒 -		
受診者氏名		続柄	生年月日 (和暦)	年 月 日
傷病名				発病もしくは 負傷の年月日 (和暦)
発病もしくは 負傷の原因 (いずれかに○)		1. 病気 (原因および経過)		
		2. ケガ 相手がいない事故 ⇒ 「負傷原因報告書」を併せてご提出ください。 相手がいる事故 ⇒ 「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。		
		※ 業務による負傷の場合、療養費の対象外となります。事業所人事にお問い合わせください。		
領収書の額		円 ●領収書原本を添付してください。領収書は返却いたしません。		
医療機関の 名称・所在地		名称	所在地	
		名称	所在地	
治療の内容		※ 治療上必要なものに限ります。(予防用装具は対象外です。)		
療養費の支給申請の理由				
振込希望銀行 (被保険者名義)		銀行 支店 普通 ・ 当座 (いずれかに○)		
		口座番号 :		口座名義(カタカナ) :
本人 同意 欄	<p>私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">オリックスグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>			

【添付書類チェック】 ※ご提出前にご確認ください。

領収書原本     医師の意見書     負傷原因報告書(ケガの方のみ)     写真(靴型装具申請の場合)

**※靴型装具の申請においては、厚生労働省の通達により、平成30年4月購入分から写真の添付が必須となりました。**

※該当の診療報酬明細書の確認後に、支払処理を致しますので、支払までに2-3ヶ月程度お時間を頂くがございます。(診療報酬明細書の届く目安:診療月の2-3ヶ月後に健保組合にデータ着)

＜健康保険組合処理欄＞

＜受付印＞

常務理事	事務長	担当	

## 【領収書貼付台紙】

※申請に係る**全て**の領収書をこちらの台紙に月毎/日付順に貼付してご提出下さい。  
(裏面にも貼付可・1枚で収まらない場合は別紙を使用し、糊付けして下さい。)

健康保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		

---

< 健康保険組合処理欄 >

< 受付印 >

常務理事	事務長	担当	

(別紙)