

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書（治療用装具）

※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	健保 太郎		被保険者 記号番号	100 - 99999	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先		03 - 1111 - 5555	内線(1111)	
	住所	〒 105-6135 東京都港区浜松町2-4-1				
受診者氏名	健保 花子	続柄	配偶者	生年月日 (和暦)	昭平 8 年 3 月 3 日	
傷病名	右膝関節靭帯損傷			発病もしくは 負傷の年月日 (和暦)	平成 29 年 2 月 3 日	
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	25,000 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	〇〇総合病院	所在地	東京都港区〇〇		
	名称		所在地			
治療の内容	処置を受けたあと、固定のための装具作成を指示された。					
	※ 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	治療用装具を作成したため					
振込希望銀行 (被保険者名義)	〇〇	銀行	□□□	支店	普通	・ 当座 (いずれかに○)
	口座番号 : 1234567		口座名義(カタカナ) : ケンポ タロウ			
本人 同意 欄	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をすることに同意します。 オリックスグループ健康保険組合 理事長殿 令和 2 年 10 月 5 日 被保険者氏名 ケンポ タロウ					

【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