読み替えて下さい。

被保険者 家 族 **療養費支給申請書** 健康保険

	①被 保 険 者 の	記号	②被保険者氏名			
	記号と番号	番号	と連絡先	TEL		(自宅・会社・携帯
	③事業所の名称		④事業所の	の所在地		
被保	⑤申請が被扶養者に関す るときはその者の	氏 名		生 年 月 日		被保険者との続柄
険者が記入する	⑥申 請 理 由 療養の給付を受けること ができなかった理由を選 んで□にチェックしてく ださい。	※装具の装着が必要である旨 領収書に内訳の記載がない ※9 歳未満の弱視斜視等の治 を添付ください ※靴型装具を作成された場合 メールで写真を送信される (メールアドレス:sogg	、場合は、別途内駅の写 療用眼鏡の申請には「治 は、当該装具の写真を ら場合は、写真(画像)を u@itcrengo.com メ きき中で、医療機 った「診療報酬明細書」。 後または認定後 「診療報酬明細書」と前	書」と「装具の領収 しを添付ください 療用眼鏡等の作成材 添付すること→※別 と下記アドレスまで 一ル送信日 関に保険証を と「領収書」それそ に、前保険者	書」それぞれ原本を添作 言示書」と「眼鏡の領収書 紙1を添付ください 送信ください→※別紙2 年 月 日) 提示できなかった でれ原本を添付ください の保険証を使用し	F」それぞれ原本 を確認ください こため。 、たため。
とこ	⑦傷 病 名	口 その他 辞和記	: <u>/</u>	8発病又は 負傷の年 月日	平成・令和 (負傷の場合は	年 月 時頃)
ろ	⑨発病又は負傷の原因	図 ※負傷の原因がケガ(外傷)による場合、別途「負傷原因の回答」にご記入いただき添付して下さい				
	⑩診療を受けた病医院の	名称		所 在 地		
	⑪診療に従事した医師の	氏 名				
	②診療の内容	•		傷病の経過 (該当するも のに○をして ください)	治 療 中 ・ 完 治 その他(台 · 経過 観 察 中)
	③診療の期間		日から日まで日間	個診療に要 した費用 の額	金(装具購入の場合は、	円也
	⑤第三者の行為によって	ある	その事実	 		・ない
	負傷したものであるか 否か	160 車 一 石 (/) 仁	たとき 第三者の	の氏名と住所 ときはその旨)		
	上記のとおり申請いたします 〒 令和 年 月 日 被保険者の住所 ・氏名を必ずご記えください					
	療養費を受取る金融機関(<mark>被保険者名義の口座のみ</mark>)					
	振 銀 行 名: 銀行番号: 座	銀行・信託銀行 信金・農協・信 その他(支店・本店 出張所・営業音 その他()	1:普通 2:当座 3:その他(
	口座	4	名義	チムナッセク		
委	Lat boate S MA / Lat		費の受取りを事業所に		CH) HID - T. IC > 2 .	
任	本請求に基づく給付金に	情求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。				
状						

※【 受 付 印 】

日から

月

日までの分)

(添付書類についての注意)

八七六五四

すでに申請の対象となる費用について領収証書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。保険薬局は、領収(請求)明細書にかえて調剤報酬明細書を使用して下さい。領収(請求)明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。領収(請求)明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。

「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

次の各場合には、右の領収明細書は必要ありません。(一、二、三、六、の場合)

三、コルセット・ギブス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者二、輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。一、歯科診療に関する申請のときは、別の診療報酬明細書(歯科)をつけて下さい。 をつけて下さい。

「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」

昭 男 本人 氏 平 年生 職務上外の例 外 上 名 家族 女 令 傷 (1) 年 月 日 (1) 診 開 始日 病 (2)(2)年 月 日 療 名 (3)(3)年 月 日 診療実日数 帰 転 診 回 円 初 診 診 口 察 再 治 死 中 日 亡 ゆ 止 料 往 診 回 円 内 服 口 投 屯 服 口 薬 外 用 口 料 麻薬・毒薬加算 肉 円 皮 下 筋 内 口 注 射 脈 内 口 静 料 そ 0) 他 口 口 円 셌 置 口 料 回 手麻 口 円 術酔 回 • 料 検査・レン 口 円 口 口 口 そ 円 0) 他 入院年月日 年 月 日 基 入院料(室料・看護料・給食料) 日 食 日間 食 有 入 院 食 無 X 日間 普 特 食 日間 食 医 食 日間 X 院 外室料·看護料 日間 看 泊室料 日間 診 基 入院時医学管理料 日間 看 療 寝 2週間以内 日間 2 2週間超1月以内 日間 所 衣 看 1月超3月以内 日間 医療機関の種別 甲 Z 3月超~ 日間 円 円 精神 1 合 計

上記明細書のとおり (①-②) 令和 年 月 医療機関の所在地 名 称 開設者氏名 円を領収しました。 請求します。

公費負担額

結核

円

常務理事	事 務 長	事務長代行	業務課長	業務係長	係

負 傷原 口 \mathcal{O}

		(事業所名)		
(6) (年) (年) (7)		被保険者 の 氏 名		
負傷者の氏名	街 ク	07 八 石	被保険者との続柄	
連絡先	(自:	宅・会社・携	ら帯・その他)	
負傷の原	- 原因について記入してくだ	さい。(該当 [*]	する□にチェック☑し゛	てください)
世界の では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、	等〕 (房) しましたか。 年 月 時 (子後) 年 月 時 (中) た日 (大田) でのでは、 (本田) ででは、 (本田) でででは、 (本田) ででは、 (本田) では、 (本田) では、	(分 t) 間 ・ が の無 あ 被加 費かな る曜 な り で 退) り 事 た 者者 曜 か) し 勤)) ま 外 は ま	 「受診した医療機関」 7. 診療を受けた医療 医療機関名 平・令 年 月 医療機関名 平・令 年 月 一 治癒・□ 	機関名とその期間等 1 ~ 平・令 年 月 〕 治療中 ~ 平・令 年 月

注) 労働災害、通勤災害に該当すると思われるときは、この回答を貴社 健保事務担当者へ提示することがありますので、ご承知おき下さい。

治療用靴型装具の写真について

平成30年4月1日から靴型装具に係る療養費支給申請書への添付書類について、当該装具の写真の添付が必要となります。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

(1) 撮影方法について

- ・ 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ ロゴやタグ (サイズ表記) がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- 中敷き等(靴の中に入れるタイプの装具)がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください

(2) 留意事項

- ・ 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
- ・ 靴型装具以外(治療用眼鏡、コルセット等)の申請は当該添付の必要はありません。
- 写真(画像)をメールで送信する場合*は、下記アドレスに添付して送信してください。 メール送信用 <u>sogu@itcrengo.com</u> … 「治療用靴型装具」の申請のときのみ写真(画像)を送信ください。 こちらのメールアドレススからのお問い合わせ・ご質問等については返信しておりません。 お問い合わせ・ご質問は下記にお願いします。

伊藤忠連合健康保険組合 業務課 TEL 03-3662-9951

※メール送信する場合は、別紙2(治療用靴型装具の写真について(メール送信用))を必ずご確認ください

(撮影日: 年 月 日) 伊藤忠連合健康保険組合

記号 一 番号	被保険者氏名	受診者氏名					
_							
療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載のある事項							
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日					
	年 月 日	年 月 日					

写真貼付用

※写真が複数枚ある場合は、裏面又は当用紙をコピーしてご利用ください

治療用靴型装具の写真について (メール送信用)

平成30年4月1日から靴型装具に係る添付書類について当該装具の写真の添付が必要となります。

携帯・スマートフォン等で画像データを提出される場合は、送信者管理のため、切り取り線以下の「治療用靴型装具作 製確認書」と一緒に画像を撮影したメールをお送りください。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢 装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

(1) 撮影方法について

- ・ 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ ロゴやタグ (サイズ表記) がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- ・ 中敷き等(靴の中に入れるタイプの装具)がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください。

(2) 送信方法について

・ 療養費支給申請書一式を健康保険組合に送付した日に、撮影した画像データを下記アドレスまで送信ください。 送信先メールアドレス sogu@itcrengo.com

(3) 留意事項

- ・ 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
- ・ 靴型装具以外 (治療用眼鏡、コルセット等) の申請は当該添付の必要はありません。

 切り取り線	
24 2 AX 2 AX	

治療用靴型装具 作製確認書

(撮影日: 年 月 日)

記号一番号	被保険者氏名	受診者氏名		
_				
· 佐美弗士公中注主)7	 添付の「意見書」及び「装具装着証明書	- 17-記載のもる東西		
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日		
II M O I CITIMATI & A. I	100 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	かローハロ		
	年 月 日	年 月 日		