



# 添付書類確認シート

添付書類がそろっているか確認し、チェック欄にチェックしてください。

## 1. 治療用装具の作成

| チェック欄 | 添付書類                                                       |
|-------|------------------------------------------------------------|
|       | 装着者の氏名が記入された領収書・明細の原本                                      |
|       | 医師の証明書 ※コピー可                                               |
|       | ※靴型治療用装具作成の場合のみ→靴型治療用装具を装着し、その装着した靴と保険医の証明も見えるように一緒に撮影した写真 |

## 2. 海外療養費

| チェック欄 | 添付書類                                                                                        |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 海外の病院で医師に記載してもらった「診療内容明細書」・「領収明細書」                                                          |
|       | 「診療内容明細書」・「領収明細書」の日本語翻訳                                                                     |
|       | 受診者が療養を受けた期間の渡航の事実が確認できる書類<br>(パスポートの氏名、国内および滞在国の出入国印の押印のあるページのコピー)                         |
|       | 海外の病院で発行された領収書の原本                                                                           |
|       | 【確認をお願いします】<br>申請書・添付書類は、診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに必要です。<br>申請書は診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに記載していますか。 |

## 3. 保険証不携帯による受診 (全額自費払い)

| チェック欄 | 添付書類                                                                                                                            |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 領収書の原本                                                                                                                          |
|       | 診療報酬明細書 (レセプト)<br>※傷病名、診療内容の明細が記入された書類です。医療機関等より発行してもらってください。病名が記載されていない「診療明細書」等の書類では、給付することができません。<br>調剤薬局の場合は調剤報酬明細書 (調剤レセプト) |
|       | 【確認をお願いします】<br>申請書は、診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに必要です。<br>申請書は診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに記載していますか。<br>(医療機関と院外の調剤薬局の両方の申請をする場合、個々に申請書が必要です) |

## 4. 前健康保険資格喪失後の受診

| チェック欄 | 添付書類                                                                                   |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 前健康保険組合が発行した領収書の原本                                                                     |
|       | 前健康保険組合が発行した診療報酬明細書 (レセプト) 又は調剤報酬明細書 (調剤レセプト)                                          |
|       | 【確認をお願いします】<br>申請書は、診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに必要です。<br>申請書は診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院ごとに記載していますか。 |

## 5. 小児治療用眼鏡

| チェック欄 | 添付書類                              |
|-------|-----------------------------------|
|       | 装着者の氏名が記入された領収書の原本                |
|       | 治療用眼鏡等作成指示書 (医師の証明)、患者の検査結果 ※コピー可 |

## 6. 四肢リンパ浮腫治療の弾性着衣等

| チェック欄 | 添付書類                  |
|-------|-----------------------|
|       | 装着者の氏名が記入された領収書・明細の原本 |
|       | 医師の装着指示書 ※コピー可        |

【送付先】 社内便の場合 : 電通健康保険組合 宛

郵送の場合 ; 〒104-0061 中央区銀座 7-4-17 電通銀座ビル 1 階 電通健康保険組合 宛

※海外赴任の方の海外療養費については、事業所担当者に提出先をご確認のうえ、提出をお願いします。