

支給決定決議書						
科目	療養費・第二家族療養費		給付実績等	常務理事	事務長	係
金額	法定給付	円		給付記録	決定	年 月 日
	付加給付	円				
	合計	円				
資格記録	資格取得日	年 月 日	備考 (初・過去の支給履歴)	年 月 日	購入	耐用年数 (年)
	資格喪失日	年 月 日				
	認定日	年 月 日				
	削除日	年 月 日				

◎この欄には記入しないでください。

日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

健康保険 療養費支給申請書

被保険者
家族

※申請書は、診療月、医療機関、調剤薬局、外来、入院の診療報酬明細書毎にご記入願います。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号 × ×	事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中 (事業所名称: (株) × × × ×) (所属: × × 局 × × 部) (TEL: × × - × × × × - × × × ×) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 (TEL:) <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 (TEL:)				
	診療や手当を 受けた者の氏名	電通 花子	生年月日	平成 × 年 × 月 × 日	受診時 年齢	× ×	被保険者 との続柄	妻
	申請の理由	1. 治療用装具の作成 2. 海外療養費 (渡航先の国名: 渡航目的:) 3. 被保険者証等不携帯による受診 (全額自費払いの理由: 健康保険加入手続き中で手元に被保険者証等がなかった為) →医療機関等が発行したレセプトが必要です。次ページの添付書類確認シートをご確認ください。 4. 前健康保険資格喪失後の受診 5. 小児 6. 四肢リンパ浮腫治療の弾性着衣等 7. その他 (理由:)						
	傷病名	右足打撲		発病又は 負傷の年月日	令和 × × 年 × × 月 × × 日 (負傷の場合は × × 時頃)			
	発病又は 負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外して転倒 ※原因がわからない場合は「不明」「不詳」などと記載してください。						
	診療・薬剤の支給を 受けた医療機関等	名称	× × 病院		医師名	× × × × × ×		
		所在地	× × 県 × × 市 × × 町 × - × × - × ×					
	診療期間 又は 治療用装具の装着日	自令和 × × 年 × × 月 × × 日	× 日間	診療 又は 装具の購入に要した費用	× × , × × × 円			
	第三者の行為によ るものですか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	「ある」の場合 健保組合への 届出の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	第三者の氏名			
	資格喪失者 振込先口座	※退職者 (又は予定) の方のみ、記入してください。 (在職中の方は給与とあわせて給付されますので記入しないでください。) ※特例退職・任意継続の方は、ご指定の口座に給付されますので、 記入する必要ありません。			退職 (予定) 日	年 月 日		
	銀行名	支店名	口座種別	普通 ・ 当座				
	口座番号	口座名義						
<ul style="list-style-type: none"> 上記のとおり申請します。 在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 電通健康保険組合が療養費 (家族療養費) の支給審査を行うにあたり、不明な点があった場合は、該当の療養を担当した医療機関等に対し照会を行うこと及び医療機関等が照会の回答をされることに同意します。 なお、照会先が複数となる場合は、この同意書の写しも有効とします。 治療用装具の作成で靴型装具に係る支給申請の場合、別添の写真の靴型装具が、実際に装着している装具に相違ありません。 								
【現住所】 〒 × × × - × × × × × × × ×		書類の受取ができる住所 を記入してください。			令和 × × 年 × × 月 × × 日			
電通健康保険組合理事長殿				被保険者名 電通 太郎				

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 (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】 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。 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) ※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。 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】 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。 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。 (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】 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。 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) ※コピー可、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、事業所担当者へ提出先をご確認のうえ、提出をお願いします。