療養費申請に必要な書類について

治 療 用 装 具

◇ 医師意見書および装着証明書原本
◇ 領収書原本（内訳記載があるもの）
　領収書に内訳記載がない場合は内訳書、明細書コピーが必要です

※ 靴型装具を作成の場合は当該装具の写真
※ ケガが理由で装具作成の場合は、ケガの詳細を記入してください

小児弱視等による治療用眼鏡（対象年齢など条件があります）

◇ 医師が証明した眼鏡等作成指示書原本（傷病名と検査結果の記載が必要）
◇ 眼鏡の領収書原本（内訳、但書の記載があるもの）

弾性着衣等（リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫が対象）

◇ 医師が作成した弾性着衣等の装着指示書原本
◇ 弾性着衣等の領収書原本 と 内訳明細書コピー

・入社間もない受診で、マイナ保険証との連携が間に合わなかった
・扶養家族としての加入手続き中でマイナ保険証を使えなかった
・外出時に急病になり、また、負傷しマイナ保険証を携帯していなかった

立替払い（10割負担）

◇ 受診した医療機関で全額負担した（10割）領収書原本
　または 国保や協会けんぽ等へ返納した返納金領収書原本

傷病名が記載しているもの

◇ 受診した医療機関で作成したレセプト（診療報酬明細書）の原本
　または 国保や協会けんぽ等から送付されたレセプトのコピー（開封厳禁）

※1 ケガによる受診の場合は、ケガの詳細を記入してください
※2 受診者１人につき１枚申請書が必要です

大阪府貨物運送健康保険組合　給付係　TEL 06-6965-4052

記入例

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

（治療用装具、立替払等、生血）

※受診者ごとに1枚ずつ申請書が必要となります

被保険者等記号・番号	1234 ― 56	事業所名称	株式会社　○○運送
被保険者（申請者）の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者の生年月日	昭和 平成　○年　×月　△日
被保険者（申請者）の住所	〒　123-4567 大阪市城東区○○ 電話　（　）　／携帯　080　（○○）　□□		
受診者名（被扶養者家族）	氏名	年月日	年　月　日
傷病名	右上腕骨折 （ケガの場合は発生状況も記入してください）	ケガの負傷年月日と詳細	令和　△年　×月△日（□） AM・PM　20　時　分頃 場所　城東区△△付近 ケガの発生状況 （私用・仕事・通勤・その他） 会社から帰宅後、ｼﾞｮｷﾞﾝｸﾞに出かけた時、暗くて道の段差に気づかず、躓いて転んだ。
発病の原因と経過			
立替：診療期間または装具：領収書日付	令和　○年　×月　△日　から 令和　○年　×月　△日　まで	受診日数	1日
装着指示書作成年月日	令和　○年　×月　△日		
療養に要した金額または治療用装具の代金	30,000　円 （領収書・装着証明書の原本を添付してください）		
診療を受けた病院等	名称：◆◆整形外科	医師の氏名：大阪　次郎	
	所在地：大阪市城東区●●		
療養費申請の理由	1. 医師の指示による治療用装具の購入 2. 入社間もない受診で、マイナ保険証との連携が間に合わなかった 3. 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証を持っていなかった 4. 海外渡航時に医療機関を受診した（国名：　） ↳（渡航目的：　）		

装具の場合は領収書の日付を記入し、受診日数は1日としてください。

ケガの場合は必ずご記入ください。

※第三者行為の場合は健保組合給付係に連絡をしてください。

・はい（第三者行為届が必要です）
交通事故、けんかなどによるケガのことです

振込先	口座名義人の氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　ハナコ 健保　花子	預金種別 普通・当座 （口座番号） ×××××	×　×　銀行・信用金庫 農協・信用組合 ×　×　支店 ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください

※以下の欄は療養費の振込を代理人にする場合記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和　○年　×月　△日 被保険者氏名 健保　太郎	代理人の氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　ハナコ 健保　花子	被保険者との関係 妻
		代理人の住所・電話番号 〒123-4567 大阪市城東区○○ 電話　090　（　○○　）　△△	

注

大
〒
ht

注）振込先の口座名義人が被保険者様以外の場合は、受取代理人の欄に記入が必要です。