


(この欄は記入しないで下さい)

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|------|-------------|---------------|-----|-----|---|---|--|
| 決裁 | 理事長 | | 副理事長 | | 常務理事 | | 事務長 | | 係 | |
| 支出科目 | 款 | 保険給付費 | 項 | 療養諸費 | 目 | 療養費 | 節 | 負担金補助及び交付金 | | |
| 種類 | 1-(1) 医科・入院 2 歯科 4 看護 6 補装具 8 その他 10 柔整 1-(2) 医科・外来 3 調剤 5 移送 7 生血 9 アンマ・マッサージ 11 はり・きゆう | | | | | | | | | |
| 給付区分 | 1. 本人入院 3. 未就学児入院 5. 家族入院 7. 70歳一般入院 9. 70歳上位入院 2. 本人外来 4. 未就学児外来 6. 家族外来 8. 70歳一般外来 0. 70歳上位外来 | | | | | | | | | |
| 支給(出)金額 | ¥ | | | | 資格取得日 | | | 受 付 印 | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 備考 | 支・ア | | | | 資格種別 | | |  | | |
| | | | | | 経・従・家 | | | | | |
| | | | | | 証 明 書 要 (/) | | | | | |
| | | | | 発 行 済 (/) | | | | | | |

療養費支給申請書

| | | | | | | |
|--|---|------------|--|------------|----------|-----|
| 被保険者の記号番号 | 整国 | 療養を受けた被保険者 | 氏名 | | 被保険者との続柄 | |
| 傷病名 | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 療養を受けた病院等の住所 | | | 発病又は負傷の原因 | | | |
| 医療機関名 | | | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <small>※交通事故や第三者行為等による場合は、当組合までご連絡を下さい。</small> | | | |
| 療養期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | | 発病又は負傷の年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 療養の給付を受けることが出来なかった理由 | 1. 緊急やむを得ない事情により、保険証を提示できなかった為 2. 装具装着の為 3. その他 () | | 添付書類に○をつけて下さい。 (コピー不可) | 療養に要した費用 円 | | |
| 1. 領収書 2. 医師の意見書(装着証明) 3. 診療報酬明細書 4. 靴型装具の申請時には装着時の写真(H30.4/1以降受付分より) | | | | | | |

上記の通り、療養に要した費用の支給に関する別添書類を添えて申請し、私が指定する下記金融機関に振り込む事を依頼(承諾)します。

年 月 日

〒

住所

組合員
(申請人)

氏名

印

電話

(自宅)

()

(携帯)

()

(店)

()

大阪府整容国民健康保険組合理事長 殿

| | | | | | | | | |
|-------|----------|-----------|----|--|------|------|------|---|
| 銀行振込欄 | 銀行 | | 支店 | | 口座名義 | フリガナ | 指定口座 | |
| | ゆうちょ銀行記号 | 1 | | | | 0 | 口座番号 | 無 |
| | 種別 | 普通(総合)・当座 | | | | | | |

靴型装具に係る療養費支給申請書への写真の添付について

(2018年4月1日)

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の提出に際し、原則、当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）を添付することになりました。

添付する写真

靴型装具に係る療養費支給申請書には、以下4点を満たす写真の添付をお願いいたします。

- (1) 治療用装具の全体像が確認できる写真であること。
- (2) 付属部品等も含めて購入したすべての治療用装具が撮影されていること。
- (3) 中敷き等（靴に挿入するタイプの装具）がある場合は、靴から取り出した状態で撮影されていること。
- (4) ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、ロゴやタグが撮影されていること。

写真の撮影者

被保険者本人、家族、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。なお、支給決定後の写真の返却については対応いたしかねますので留意ください。

【治療用装具写真貼付台紙】 ※写真が複数ある場合には裏面も使用してください。

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 撮影日 (正確な日付が不明の場合には、 おおよその日付でも可) |
|--------|--------|---------------------------------------|
| | | 年 月 日 |

撮影方法について

- 1 治療用装具の全体像が確認できるように撮影してください。
- 2 付属部品等も含めて購入したすべての治療用装具を撮影してください。
- 3 中敷き等(靴に挿入するタイプの装具)がある場合には、靴から取り出して撮影してください。
- 4 ロゴやタグ(サイズ表記)がある場合は撮影してください。
- 5 写真の撮影者は、被保険者本人、家族、義肢装具士、事業者等いずれの方でも構いません。