

(療養費支給申請書) 送付前チェックリスト

1. 今回の申請に該当するものにチェックしてください。
2. チェックした行に○印のついた書類一式をご準備ください。
3. 本チェックリストも印刷して健保組合までご提出ください。

		様式	添付書類				
		療養費支給 申請書 (次頁)	領収書 原本	診療報酬 明細書 (薬局の場合 調剤報酬 明細書)	保険医 の 証明書	その他	送付前 チェック リスト
☒	医療費全額立替の払い戻し手続き	☐	☐	☒ 注※	-	-	☐
☒	治療用装具を購入した金額の申請	☐	☐	-	☐	-	☐
☒	靴型装具を購入した金額の申請	☐	☐	-	☐	靴型装具の 画像	☐
☒	小児用眼鏡等の作成、購入金額の申請	☐	☐	-	☐	-	☐
☒	生血液の輸血を受けたとき	☐	☐	-	-	輸血証明書	☐

※ご注意ください

診療報酬明細書は領収書や領収明細と異なります

- ・医療機関から密封して渡されますので決して開封せず密封されたまま添付してください。
- ・医療機関から受取っていない場合は医療機関へ申し出て発行を依頼してください。
- ・以前加入していた健保組合・協会けんぽ等へ全額支払った場合も同様に必要です。

書類に不備があった場合は一旦全てを返却しますので予めご了承ください

送付先はこちら

〒930-8577

富山県富山市牛島新町5-5

TISインテックグループ健康保険組合

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	記号		番号		② 被保険者の 氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日									
	③ 被保険者の 現住所	〒 -														
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号) (電子メール・アドレス)														
	⑤ 事業所の名称															
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄										
	⑦ 傷 病 名				⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	令和 年 月 日										
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過															
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等（労災）への該当	はい ・ いいえ			第三者行為 への該当	はい ・ いいえ										
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称						医師氏名								
		所在地														
⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	令和 年 月 日 から 日間					⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来									
⑬ 診療の内容						⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	円									
⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由 (いずれかにチェック)	☐ 保険証等の不携帯(理由：)⇒「診療報酬明細書」と「領収書」原本															
	☐ 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本															
	☐ その他（小児治療用眼鏡／弾性着衣／その他） ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本															
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名				口座番号	1.普通 2.当座										
	支店名				名 義 (加付)											
備考欄					⑰令和 年 月 日 提出											

受付日付印