

## 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (治療用装具)

被保険者等記号・番号		③	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日						
①	②	被保険者 (申請者)の 氏名			昭和  平成		年		月		日
⑤ 被保険者(申請者)の住所		都 道 府 県								電 話 番 号	
〒											
事業所の		⑥ 名 称	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者		⑦ 所 在 地	※任意継続・特例退職被保険者の方は記入不要です					
療養が被扶養者に關するときは、その方の		⑧ 氏 名			⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑩ 被保険者との続柄	
⑪  発病または負傷の原因およびその経過		※ いつ、どんな時に、どのような発病・負傷をしたのか等、くわしく記載してください。 例) 休日サッカーをしていて転倒し、足を骨折した。									
⑫  傷     病     名						⑬ 発病または負傷年月日 (療養開始日)		⑭ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のときは第三者行為の 傷病届を提出してください			
診療を受けた  病院等		⑮ 名 称				⑯ 診療した医師氏名					
		⑰ 所在地									
⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 現物給付が受けられなかったため <input type="checkbox"/> その他 (    )									
⑲ 医療費の助成について		<input type="checkbox"/> 受けている(名称:    助成期間: 令和    年    月    日 ～ 令和    年    月    日)  <input type="checkbox"/> 受けていない									

⑳ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫			預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)					
				<input type="checkbox"/> 普通 <small>(総合口座)</small>	口座番号(数字7ケタ)					
	本店 支店 出張所	店番号 (3ケタ)								

添付書類 1. 医師が治療用装具を必要と認めた同意書等(原本)

- ・医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」
- ・弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
- ・小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」

## 2. 治療用装具の領収書(原本)

- ※靴型装具の申請には、平成30年4月購入分から当該装具の写真(患者が実際に装着し、かつ現物であることが確認できるもの)を添付してください。

令和 年 月 日 提出

受 付 目 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--

保険給付の公金受取口座利用届

令和 年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

保険給付の申請にあたり、公金受取口座を利用します。

(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。)

被保険者等記号番号 \_\_\_\_\_

被 保 険 者 氏 名 \_\_\_\_\_

日 中 連 絡 先 \_\_\_\_\_

【公金受取口座の利用についての留意点】

1. 公金受取口座の利用を希望される場合は、各申請・請求の都度、当該届出の添付が必要となります。当該届出の添付がない場合は、通常通りの振込となります。  
(在職中の方は「事業主経由」、任意継続・特例退職被保険者の方は「加入時に登録した給付金振込口座」もしくは「申請書・請求書記載の口座」への振込となります。)
2. 情報連携により「公金受取口座の情報が取得できない場合」「公金受取口座の口座名義が被保険者氏名と異なる場合」「取得した公金受取口座への振込ができなかった場合」等の際には、被保険者に確認のご連絡をさせていただきます。連絡の取れない場合には、通常通りの振込となりますのでご了承ください。
3. 当組合が情報連携により公金受取口座の情報を取得した後に、ご自身でマイナポータル等から公金受取口座の登録変更をした場合には、変更前の公金受取口座に振り込まれる場合があります。

以上