

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 ①		③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)				④ 被保険者の生年月日				
②							昭和	年	月	日	
⑤ 被保険者(申請者)の住所		都道 府県				平成				電話番号	
〒											
事業所の 名 称	⑥ 名 称	□ 任意継続被保険者 □ 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					
療養が被扶養者に関す 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 □ はい □ いいえ			
診療を受けた 病院等	⑮ 名 称					年	月	日	「はい」のときは第三者行為の 傷病届を提出してください		
	⑯ 所在地					⑯ 診療した医師氏名					
⑯ 療養の給付を受けること ができなかった理由		□ 現物給付が受けられなかつたため		□ その他 ()							
⑯ 医療費の 助成について		□ 受けている(名称:)		助成期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
		□ 受けていない									

⑯ 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			預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)					
	信用組合 農協 労働金庫									
	本店 支店 出張所			店番号(3ヶタ)	□ 普通 (総合口座)	口座番号(数字7ヶタ)				
			□ 当座							

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」
- ・弹性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弹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)

- ・装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された領収書
- ※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

受付日付印

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