

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		係

支払区分	7割 8割 9割
事由	1. 治療用器具 2. 医療費全額負担

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日

被保険者  
 被扶養者

## 療養費支給申請書

三重交通健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		記号	番号	事業所名		
	被保険者氏名				受診者 連絡先	(自宅・携帯)	
	受診者	氏名	被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		傷病名			発症・負傷 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	傷病の 原因	・どこで		第三者の行為 によって負傷し たものですか?		<input type="checkbox"/> はい ↘ 「第三者による傷病届」を提出してください  <input type="checkbox"/> いいえ	
		・どのように					
	<b>①治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のとき</b>						
	装具 購入日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	領収証 の金額	円		
	添付書類	・治療用装具の申請 >>		<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 医師の意見及び装着証明書《原本》		
		・弾性着衣の申請 >>		<input type="checkbox"/> 装具作製確認書	<input type="checkbox"/> 購入された装具写真 >メール送信日( / )		
・治療用眼鏡の申請 >>		<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 病名記載のある医師の作成指示書《原本》				
<b>②被保険者証未提示による自費診療、資格喪失後の返納をしたとき</b>							
被保険者証を提示 できなかった理由							
診療 年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	支払った 金額	円		
添付書類	・被保険者証未提示 >>		<input type="checkbox"/> 領収明細書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》			
	>>		<input type="checkbox"/> または診療報酬明細書交付について依頼および同意書				
添付書類	・資格喪失後の返納 >>		<input type="checkbox"/> 領収明細書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》			
	>>		<input type="checkbox"/> または診療報酬明細書交付について依頼および同意書				