

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (立替払い・治療用装具等)

(フリガナ)

記入上の注意 2 1 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。 また、それ以外の申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。	被保険者証の記号と番号	記号		被保険者氏名					
		番号							
	事業所の名称と所属	(電話)		(所属)	(内線)				
	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	年	月	日	被保険との続柄	
	傷病名			発病又は負傷の年月日	年	月	日	(負傷の場合は 時頃)	
	発病又は負傷の原因			診療または装具等の内容(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着 <input type="checkbox"/> その他()				
	傷病の経過(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()							
	診療を受けた病院等の名称・住所	名称	(診療に従事した医師の氏名)						
		住所							
	診療に要した費用の額	円		治療用装具等領収日	年	月	日		
診療を受けた期間	自	年	月	日	入院の場合	入院期間			
	至	年	月	日	自	年	月	日	(日間)
	至	年	月	日	至	年	月	日	
装具の場合は装着年月日	年	月	日	保険証交付年月日	年	月	日		
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✓)	<input type="checkbox"/> 保険証発行中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 治療に必要な装具等の作業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他()								
第三者の行為によって負傷したのか否か	ある ・ ない		その事実の届出の有無	ある ・ ない					
			第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)						
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 また、申請にあたり、ウエスタンデジタルテクノロジー健康保険組合が関係機関(※1)に対して、給付記録や診療履歴等の照会を行うこと、及び、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 なお、本紙の写しも有効と認めます。									
〒									
住所									
被保険者(申請者) TEL									
氏名									

支払金融機関	銀行	本店
	金庫	支店
	支店番号	口座番号
	普通・当座	
名義人		

【添付書類】
 立替払い・・・医療機関発行の領収書(原本)と診療報酬明細書(原本)※領収書とともに発行される「診療明細書」ではありません。
 治療用装具・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本) 購入した治療用装具が靴型装具の場合本申請書の2枚目も添付してください。
 治療用眼鏡・・・領収書(原本)と医師の作成指示書(写し)

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

受付日付印

備考欄	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点

ウエスタンデジタルテクノロジー健康保険組合理事長 殿

治療用装具の写真について（靴型装具の場合のみ必要）

平成30年4月1日から、靴型装具の療養費支給申請に際しては、当該装具の写真添付が必要になります。以下の手続きに従って写真を撮影・提出してください。

(1) 撮影方法について

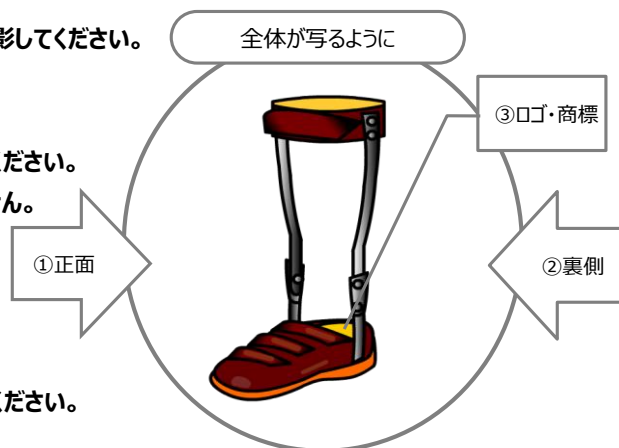
装具の**真正面**と**裏側**から**全体**が写っているものを1枚ずつ、必ず撮影してください。

(右図参照)

その他に、何枚撮影しても構いません。

ロゴ・商標などがある場合、出来るだけ写真に写る様に撮影してください。

提出された写真は療養費の支給決定に使用する為返却できません。



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像し、下記添付欄に貼付けし、

申請書1枚目とその他の添付書類（医師の作成指示書等）と一緒に下記送付先へ提出

(写真貼付欄)

※複数枚撮影された場合は本紙裏面もしくは別の用紙に貼付し、ホチキス留めください。

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス : info@wdtj-kenpo.jp

(※メールを送信した後、申請書1枚目とその他の添付書類（医師の作成指示書等）と一緒に下記送付先へ提出
画像メールの送信日を下記へご記入ください。

画像メール送信日 : 年 月 日 メール提出済

(送付先)

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト
ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 療養費担当宛