

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、健康保険証等の交付年月日を記入してください。

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)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号	〇〇〇〇	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		
		番号	〇〇〇〇		健 保 太 郎		
	事業所の 名称と所属	(所属) 〇〇〇部 (電話) 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇					
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	健保 健太	生年 月 日	平成15 年 10 月 20 日	被保険と の続柄	長男
	傷 病 名	左上腕骨折		発病又は負傷の 年月日	令和2 年 4 月 15 日 (負傷の場合は 12 時頃)		
	発病又は 負傷の原因	サッカーの試合中に転倒した		診療または装具等の 内容 (いずれかに✓)	☐ 診療・投薬 ☒ 治療用装具等の装着 ☐ その他 ()		
	傷病の経過 (いずれかに✓)	☒ 順調 ☐ 治癒 ☐ 治療中 ☐ その他 ()					
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	〇〇〇医院 (診療に従事した医師の氏名) 健康 一郎				
		住所	東京都〇〇区〇〇町1-2-3				
	診療に要した 費用の額	28,000 円		治療用装具等 領収日	令和2 年 4 月 16 日		
	診療を受けた期間	自	令和2 年 4 月 15 日	1 日間	入院の場合 入院期間 自 平成・令和 年 月 日 (日間) 至 平成・令和 年 月 日		
		至	令和2 年 4 月 15 日				
	装具の場合は 装着年月日	令和2 年 4 月 16 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✓)	☐ 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☐ マイナ保険証(または資格確認書)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 ☒ 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 ☐ その他 ()					
第三者の行為によって 負傷したものか否か	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。 また、申請にあたり、ウエスタンデジタルテクノロジーズ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。							
令和2 年 5 月 20 日 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 被保険者 (申請者) TEL 氏名 健 保 太 郎							

支 払 金 融 機 関	三井住友	銀 行	飯田橋	本 店
		金 庫		支 店
	支店番号	〇〇〇	普通 当座	口 座 番 号
				〇〇〇〇〇〇〇
名義人	ケンポ タロウ			

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

【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)
当該装具の全体が写った写真(靴型装具の場合)
治療用眼鏡…領収書(原本)と医師の作成指示書(写し)

受付日付印

備考欄	個人番号 (被保険者等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	

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

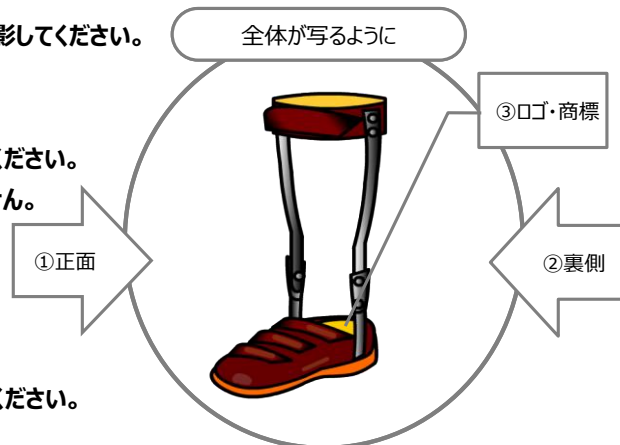
装具の**真正面**と**裏側**から**全体**が写っているものを1枚ずつ、必ず撮影してください。

（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：令和2年 5月 20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