

三菱健康保険組合（被保険者・家族）療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号一番号	—		被保険者(請求者) 氏名				
	被保険者 現住所				事業所名称			
	療養を受けた者の氏名			続柄	生年月日	年 月 日	年齢	
	傷病名			発病または負傷年月日			初診年月日	
	発病または負傷の原因 および経過							
	外傷の場合記入 (該当するものを○で囲む)	第三者の行為によるもの・通勤途上・業務上 上記に該当しない						
	診療を受けた 病院等の	名称	所在地			医師名		
	給付種別 (該当するものを○で囲む)	1. 診療費用 2. 治療用装具・その他 ( )						
	費用の額	円						
	診療費用(立替払い)の 申請の時記入	療養の給付を受ける ことができなかった 理由 (具体的に)				添 付 書 類	① 診療内容の明細書 (レセプト)  開封厳禁の封筒の場合はそのまま添付 してください。 院外処方がある場合は、調剤薬局が発行 する明細書も別途添付してください。	
診療・薬剤の支給・ 手当の内容					② 領収証 (原本)  院外処方がある場合は、調剤薬局が発行 する領収証も別途添付してください。			
	入院・外来の別	入院・外来	診療期間	年 月 日 ~ 月 日 日間				
治療用装具の申請の時記入	医師が装着を指示した日	年 月 日			添 付 書 類	① 医師の証明書または診断書 (原本)		
	医師が装着を確認した日	年 月 日				② 領収証 (原本)		
	費用を支払った日	年 月 日				③ 装具の明細書		
	装具名					④ 実際の装具の画像 (小児弱視等の眼鏡を除く)		
	入院・外来の別	入院・外来						

《注意》

歴月別、かつ入院・外来別に1枚ずつ記入してください。

組 合 記 入 欄	支給期間	年 月 日 ~ 月 日 日間			
	支給額	法定	円	付加	円
	外来・入院の別	外来	入院	受付番号	—

受付日付印