

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-番号	8900-10	被保険者(請求者) 氏名	松本 武				
	被保険者 現住所	千葉県市川市市川7丁目8			事業所名称	丸の内商事株式会社		
	療養を受けた者の氏名	松本 あやめ	続柄	長女	生年月日	平成22年4月5日	年齢	9歳
	傷病名	急性気管支炎	発病または負傷年月日	元年5月14日	初診年月日	元年5月14日		
	発病または負傷の原因 および経過	不詳・良好						
	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 東京丸の内病院	所在地 千代田区丸の内3-100	医師名 金沢 太郎				
	給付種別 (該当するものを○で囲む)	1. 診療費用 2. 治療用器具・その他 ()						
	費用の額	4,030 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)	健康保険切り替え中のため				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。 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。	
診療・薬剤の支給・ 手当の内容		内服薬の投与						
入院・外来の別		入院	外来	診療期間	令和元年 5月 14日 ~ 5月 14日 1日間			
治療用器具の申請の時記入	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) ② 領収証(原本) ③ 器具の明細書 ④ 実際の器具の画像 (小児弱視等の眼鏡を除く)		
	医師が装着を確認した日	年 月 日						
	費用を支払った日	年 月 日						
	器具名							
	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