

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	西川 一郎				
	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	西川 さと	続柄	母	生年月日	昭和34年4月5日	年齢	60歳
	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	発病または負傷年月日	元年10月5日	初診年月日	元年10月10日		
	発病または負傷の原因 および経過	何度か腰を痛め、かさなつたことが原因と思われる。 装具装着にて症状軽快を期待。外来通院中。						
	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 <b>上記に該当しない</b>						
	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. <b>治療用装具</b> ・その他 ( )						
	費用の額	23,020 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。 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								
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	令和元年 11 月 19 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 装具の明細書 ④ 実際の装具の画像 (小児弱視等の眼鏡を除く)		
	医師が装着を確認した日	令和元年 12 月 3 日						
	費用を支払った日	令和元年 12 月 3 日						
	装具名	腰椎装具 軟性						
	入院・外来の別	入院・ <b>外来</b>						

《注意》

暦月別、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