

20201101

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由で
ご提出ください。)療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費 (治療用装具 他)

(受付日付印)

事業主印

下段<添付書類>及び注1~4を確認のうえご申請下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険証 記号番号	記号 — 番号	事業所名称				
	所 属		連 絡 先	日中連絡可能な番号(所属先内線・携帯電話など)			
	被保険者 氏 名						
	受診者 氏 名						
	受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年齢	歳	続 柄	
	疾病または 負傷の原因	できるだけ詳しく書く ※疾病または負傷の原因が右に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 第三者行為・自損事故 ^(注3) <input type="checkbox"/> 労働災害					
	傷 病 名		受診した 期間	自 年 月 日 至 年 月 日	入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
	受診した 医療機関	所在地	名称		TEL		
	請求内容が「治療用装具」の場合のみ以下に記入						
	装具を作成 した理由	作成区分/ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再作成 <input type="checkbox"/> 修理 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)					
装具の名称		装着を開始 した日	令和 年 月 日				
上記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。(注4) 令和 年 月 日							
住 所			被保険者氏名 ⑩				

※同意書は必ず記入してください。

同 意 書

私は、貴組合に対し、療養費(治療用装具)を請求しており、支給決定に際し貴組合が関係諸機関に対して
照会を行うことに同意いたします。

(なお、本書写の場合は原本証明として三菱自動車健康保険組合理事長の印がある場合のみ有効とします。)

三菱自動車健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

記号 番号

被保険者氏名 ⑩

健 保 組 合 記 入 欄	支 給 決 定 同	請求額	療 養 費	支給決定年月日					
			第二家族療養費	円	令和 年 月 日				
	査 定 額	高額療養費	円	備考					
		一部負担還元金 家族療養付加金	円	被保険者資格得喪年月日					
	自 己 負 担 額 (%)	支 給 額 合 計	食事療養費	円	取得 喪失	年 月 日			
			支給額合計	円	常務理事	事務長	主任	担当	

<添付書類> ※すべて原本で提出をお願いします。

☆治療用装具 — ①装着証明書(医師意見書) ②装具等の購入にかかる領収書及び明細書
A.装具作製確認書 B.装具写真貼付台紙

☆小児弱視用眼鏡等 — ①治療用眼鏡等の作成指示書 ②眼鏡購入にかかる領収書

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
2. 診療報酬明細書(レセプト)の内容を確認したうえで、支給決定する必要があるため、給付金の支給に時間がかかる場合があります。あらかじめご了承ください。
3. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は[第三者行為による傷病届]の提出が必須となりますので、速やかにご提出ください。
4. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。

【B:装具写真貼付台紙】

★今回作成した装具の写真を貼付してください。(ホチキス不可)

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名

撮影方法について

- ① 装具の全体像が確認できるように撮影してください。
- ② 靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)については、靴から取り出し、上から撮影してください。
- ③ サイズ・ロゴ表示等がある場合のみ、その箇所も撮影してください。

① 装具全体像を撮影してください。

② 靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)は、靴から取り出し、作成した装具を上から撮影してください。

③ サイズ・ロゴ表示等がある場合のみ、その箇所を撮影してください。

貼りきれない場合は裏面利用可です。