

20230301

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	健康保険証 記号番号	記号 番号・枝番 保険証の記号・番号・枝番をご確認ください	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)
保 険 者	被保険者 氏 名	三菱 太郎		
	受診者 氏名・枝番	三菱 一郎	保険証の枝番を ご記入ください	
入 欄	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 長男
	疾病または 負傷の原因	できるだけ詳しく書く 腰痛が長く続いていた		
記 入 欄	傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア	受診した 期間	自 令和3年 3月 1日 至 令和3年 3月 30日 入院・外来の別 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	受診した 医療機関	所在地 〇〇県〇〇市△△1-1-1	名称 △△整形外科 TEL 0000-0000-0000	
入 欄	装具を作成 した理由	作成区分/ <input checked="" 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"/>)	以前同じ装具を作製したことがあり、再度作り直した場合は『再作製』。 既存の装具を修理した場合は『修理』に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
	装具の名称	腰椎装具軟性	装着を開始 した日	令和 3 年 3 月 20 日
欄	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)			
	住 所	〇〇県〇〇市△△1-2-3	申請書記入日を記入	令和 3 年 4 月 1 日

※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 3 年 4 月 1 日

記号 保険証の記号・番号をご記入ください

被保険者氏名 三菱 太郎

健 保 組 合 決 定 入 欄	支 給 決 定 伺	請求額	療 養 費 第二家族療養費	円	支 給 決 定 年 月 日 令和 年 月 日			
			高額療養費	円	備考			
	査 定 額		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			
			食事療養費	円	取得 喪失	年 月 日	年 月 日	
	自己負担額 (%)	円	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(レシート形式不可)

- (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。