

20200220

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

受付日付印

事業主印

第 二 家 族 療 養 費 (国 内 療 養 費 ・ 立 替 金 等)

医科(調剤)・ 歯科・ はりきゅう・ あんまマッサージ

該当の申請に☑してご提出ください。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------|---------------|-------------------------|----------------|--|---|--|-----|
| 被 保 険 者 | 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) | | | | | |
| 保 険 者 | 被保険者 氏 名 | | | | | | | | | |
| | 受診者 氏 名 | | | | | | | | | |
| 入 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 | | | | |
| | 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 type="checkbox"/> 第三者行為・自損事故 ^(注2) <input type="checkbox"/> 労働災害 | | | | | | | | |
| 記 入 欄 | 傷 病 名 | | | 受診した 期間 | 自 至 | 年 月 日 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・施 術機関の所在 地・名称 等 | 所在地 名称 | TEL | | 診療費の額 | 円 | | | | |
| 入 入 欄 | 療養の給付を 受けることが 出来なかった 理由 | 当健保の保険証を提示できなかった、やむを得ない理由等詳細を記入して下さい。(注3) はりきゅう・あんまマッサージ療養費については、施術を受けた経緯を記載してください。 | | | | | | | | |
| | 添付書類 チェック欄 | ※全て原本(コピー不可)を添付してご申請ください。 <input type="checkbox"/> ①レセプト(傷病名の記載のあるもの) ^(注8) <input type="checkbox"/> ②領収書 <input type="checkbox"/> ③医師の同意書 ^(注5) または、療養費支給申請書(はりきゅう用・あんま用) (はりきゅう・あんまマッサージのみ) | | | | | | | | |
| 入 入 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7) | | | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | (〒 —) | | 被保険者氏名 | | 印 | | | | |
| 健 保 組 合 決 定 入 欄 | 請求額 | 円 | | 療 養 費 | 支給決定 年月日 | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 食事療養費 | 円 | | 第 二 家 族 療 養 費 | 円 | | 備考 | | | |
| | 査定額 | 円 | | 高 額 療 養 費 | 被 保 険 者 資 格 得 喪 年 月 日 | | | | | |
| | 食事療養費 | 円 | | 一 部 負 担 還 元 金 | 円 | | 取得 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | |
| | 個 人 負 担 分 | 30% | 円 | | 家 族 療 養 付 加 金 | 円 | | 喪失 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | |
| | | 20% | 円 | | | 食 事 療 養 費 | 円 | | 常務理事 | 事務長 |
| | 10% | 円 | | 支 給 額 合 計 | 円 | | | | | |
| 食事療養費 | 円 | | | | | | | | | |

- (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、事業所経由で振込します。(注4)
 2. 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を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。
 3. 療養費(第 二 家 族 療 養 費)の請求は、保険証を提示できなかったやむを得ない理由があるときに、自費扱い(全額自己負担)となった場合にのみに請求できます。
 4. はりきゅう・あんまマッサージ療養費の請求については支給までに2か月ほどかかる場合があるので、あらかじめご了承ください。
 5. はりきゅう・あんまマッサージの医師同意書(初回・再同意)は必ず原本を添付してください。
 6. 提出された添付書類(コピー不可)は返却できません。あらかじめご了承ください。
 7. 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。
 8. 保険証を持参せず受診した場合は該当の医療機関へレセプトの発行を依頼してください。/当健保加入前の保険証を使用してしまった場合は以前の保険者にレセプトの発行を依頼してください。