

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	-			被保険者資格取得日	平成令和	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成令和	年	月	日			
	被保険者氏名	フリガナ					被保険者住所		〒								
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日							電話 ()								
	所属部署名及び電話	電話 ()															
	療養が被扶養者のときは、その者の氏名							続柄		生年月日	昭和平成令和	年	月	日			
	発病又は負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名											
	発病又は負傷の原因及び経過										第三者の行為によるものですか	いいえ・はい					
	診療を受けた医療機関	名称						診療を担当した医師名									
	所在地																
	診療の期間(支給期間)	自 令和	平成 年	月	日	日数 日	区分	入院の場合左記の入院期間						診療に要した費用の額(装具の場合は装具費用) 円			
至 令和	平成 年	月	日	入院外 入院	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間										
診療の内容																	
療養の給付を受けることができなかつた理由	<input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者の資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 資格取得・扶養認定の手続き中に受診し、資格確認ができなかつたため <input type="checkbox"/> マイナ保険証・資格確認書を持参しなかつたため <input type="checkbox"/> 治療用装具や治療用眼鏡等の作成購入のため <input type="checkbox"/> その他(理由:)																

※下記の書類を添付して下さい。

- 自費診療(立替払い)に関する申請のときは、**診療報酬明細書(レセプト)**と**領収書の原本**を添付してください。
- 治療用装具に関する申請の時は ①**医師の証明書(作成指示書)** ②**領収書の原本** ③**治療用装具の全体像がわかる写真3枚**を添付してください。
- ①**医師の証明書(作成指示書)**には、患者の氏名・生年月日・傷病名・医療機関の名称・所在地・診察した医師の氏名・医師が治療上必要であったと認めめた年月日・治療用装具の名称・装着(適合)を確認した年月日が記載されていること。
- ②**領収書**には、料金明細(内訳別に名称・採型区分・種類等・価格を記載)、オーダーメイド又は既製品の別(既製品の場合は製品名)、治療用装具を取り扱った技師装具士の氏名が記載されていること
- ③**治療用装具の全体像がわかる写真3枚**は、装具現物の写真1枚、患者が実際に装着している写真(正面・横の各1枚)

公金受取口座を利用します。 給与振込口座を利用します。 下記口座を利用します。

※指定がない場合は、給与振込口座への振込となります。

※1か月以内に給与口座を変更した方、申請時点で資格喪失している方は、支払金融機関をご指定ください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合					本店
	支店番号		普通・当座			口座番号(右づめ)
	<input type="checkbox"/>					
	口座名義(カナ)					

マルハン健康保険組合