

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	平成	年	月	日	日 数	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)	
		令和							入院外 入 院	自 平成・令和 年 月 日	日間				
	至	平成	年	月	日		至 平成・令和 年 月 日				円				
診療の内容															
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	<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ったため <input type="checkbox"/> マイナ保険証・資格確認書を持参しなかったため <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 本店									
	信用金庫 支店									
	信用組合									
	支店番号		口座番号 (右づめ)							
				普通・当座						
口座名義 (カナ)										

マルハン健康保険組合