



| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|-----|--------|-----|------|------|-----|-----|-----|---------------|
| 同年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 扱 | 者 | 被扶養者 台帳照合印 |
| 支払年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 支給額 | | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | | | |
| 支給内訳 | 法定 | 款 | 項 | 目 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| 付加 | | | | | | | | | | |
| 種 目 | 請 求 | 査 定 | 種 目 | 請 求 | 査 定 | 種 目 | 請 求 | 査 定 | 種 目 | 請 求 |
| 初 診 | 円 | 円 | 注 射 | 円 | 円 | | | | | |
| 再 診 | | | 検 査 | | | | | | | |
| 往 診 | | | 処置及び手術 | | | 合 計 | | | | |
| 投 薬 | | | | | | 一部負担 | | | | |

被保険者 療養費 支給申請書 (第 回 目)

健康保険 被保険者 療養費付加金

◎「※」印欄は記入しないでください。

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|--------------|
| ① 被保険者証の記号・番号 | ④ 生 年 月 日 | ⑤ 被扶養者番号 | ⑥ 給付記録番号 | ⑦ 受取代理人 | ⑧ 受付年月日 |
| 0000000000 | 1:明 3:大 5:昭 7:平 | ※ | ※ | ※0:無 1:有 | ※ |
| ⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印 | (フリガナ) ミツビシ タロウ | 事業所の(名称) | 〇〇〇〇株式会社 〇〇工場 | | |
| 三菱 太郎 | (三 菱) | (所在地) | 〇〇県〇〇市△△町1 | | |
| ⑩ 郵便番号 | 00000000 | (フリガナ) | 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ (電話番号) | | |
| ⑪ 住所コード | ※ | | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 (000) 0000 | | |
| 療養が被扶養者に関するときは、その者の(氏名) | 該当せず | (生年月日) | 該当せず | (被保険者の続柄) | 該当せず |
| ⑫ 傷病コード | ※ | (傷病名) | 盲腸炎 | | |
| ⑬ カ ナ | ※ | (発病又は負傷の原因及びその経過) | 旅行中、腹部に痛みを感じて病院を受診した | | |
| | | (発病又は負傷の年月日) | 〇 年 〇 月 〇 日 | | |
| | | (第三者行為によるものですか) | 0:いいえ 1:はい | | |
| 診療を受けた病院等 | (名称) 〇〇〇〇病院 | (診療した医師氏名) | 〇〇 〇〇 | | |
| | (所在地) 〇〇県〇〇市□□町1 | | | | |
| ⑭ 診療の期間(支給期間) | 自 〇〇年〇〇月〇〇日 | ⑮ 入院・入院外の別 | 入院の場合左記の入院期間 | | ⑯ 診療に要した費用の額 |
| 至 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇:入院外 1:入院 | 自平成 年 月 日 | 日間 | | 〇〇〇〇 円 |
| (診療内容) | 投薬 | (療養の給付を受けることができなかった理由) | 旅行中で保険証を持っていなかったため | | |

| | | | | |
|-----------|------------|--------------|--------------|-----------|
| 療養費の別 | 1. 立替払い等 | ⑱ 療養の原因(コード) | ⑲ 施術回数 | 回 |
| | 2. 治療用器具 | ⑱ 治療用器具(コード) | 1 初回支給 | ⑳ 装着年月日 |
| | 3. 生 血 | ⑱ 輸 血 回 数 | 2 補 修 | 年 月 日 |
| | | | 3 再支給 | |
| (21) 支給回数 | (22) 支給算出額 | (23) 調整減額コード | (24) 調査先 | (25) 海外表示 |
| 回 | 円 | | 〇:国内 1:海外 | (備考) |

平成 年 月 日 提出

事業所
担当者印

| | |
|-----|----------------|
| 領 金 | 円也領収いたしました。 |
| 収 書 | 平成 年 月 日 |
| | 三菱製紙健康保険組合理事長殿 |
| | 氏名 ⑳ |

※ 受付日付印

| | | | | | | | |
|----------|--------------|---------------|-----------|---------|-------------------|----|------|
| 支払金融機関の欄 | (27) 支払区分 | ※ 振込 | (29) 預金種別 | 普通 | (30) 銀行 〇〇金庫農協 | 〇〇 | 本店支店 |
| | (28) 金融機関コード | ※ | | 口座名義(か) | ミツビシ タロウ | | |
| | (31) 口座番号 | 0 0 0 0 0 0 0 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|--------|--|--|------------------|--|--|
| 受取代理人の欄 | (26) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| | 被保険者 住所 (申請者) 氏名 | | | | | | |
| | (32) 代理人の氏名と印 | (フリガナ) | | | (27) 委任者と代理人との関係 | | |
| 代理人の住所 | (32) 郵便番号 | + | | | (フリガナ) | | |
| | (33) 住所コード | ※ | | | | | |

領収（診療）明細書

| 患者名 | 傷病名 | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|------------------|------|----------|---------|----------|------|----------|--------|--|
| 入院外 | | | | | | | | | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 円 | | | | | | | | |
| 再診 | 時間内 時間外 休日・深夜 | 回 回 回 | | | | | | | | |
| 往診 | 普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋 | 回 回 回 | | | | | | | | |
| 指導 | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 内服 外用 調剤 | 回 回 回 | | | | | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 静脈内 | 回 回 回 | | | | | | | | |
| 検査 | | | | | | | | | | |
| レントゲン | 透視 造影 | 回 回 回 | | | | | | | | |
| 処置及び手術 | 材料 麻酔剤 | 回 回 回 回 | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 円 | 円 | | | | | | | | |
| 入院 <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>1月未満</td> <td>日間(日~日)</td> </tr> <tr> <td>1月~3月未満</td> <td>日間(日~日)</td> </tr> <tr> <td>3月以上</td> <td>日間(日~日)</td> </tr> <tr> <td>給食の有・無</td> <td></td> </tr> </table> | | | 1月未満 | 日間(日~日) | 1月~3月未満 | 日間(日~日) | 3月以上 | 日間(日~日) | 給食の有・無 | |
| 1月未満 | 日間(日~日) | | | | | | | | | |
| 1月~3月未満 | 日間(日~日) | | | | | | | | | |
| 3月以上 | 日間(日~日) | | | | | | | | | |
| 給食の有・無 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 円 | 円 | | | | | | | | |

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を記し、「診療領収書」として所定の事項を記入して下さい。
 (添付書類についての注意)
 (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。
 (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
 (3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費」についての領収証書」をつけて下さい。
 (4) 海外における療養費の申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけて下さい。
 なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

| | |
|---------------------|---|
| 上記のとおり領収（診療）いたしました。 | |
| 平成 年 月 日 | |
| 医師の住所 氏名 | 印 |