◎記入する前に必ずお読みください。

※1 標題の「被保険者」と「家族」のいずれか該当する文字を○で囲んでください。

※2 「装具等の名称」欄はコルセット・ギブス・義肢等に関する申請の時にその名称を記入し、装具を必要とする旨の医師の証明書を添付してください。
また、そのときは「療養の給付を受けることが出来なかった理由」欄に「業者に装具作成を依頼した為」と記入してください。

※3 小児弱視等の治療用眼鏡に関する申請の時は「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」を添付してください。
また、そのときは「療養の給付を受けることが出来なかった理由」欄に「業者に眼鏡の作成を依頼した為」と記入してください。

※4 やむを得ず自費で診療を受けた場合は、必ず医療機関発行の「診療報酬明細書(レセプト)」を添付してください。(「診療明細書」ではありません)
封筒に入っている場合は絶対に開封しないでください。

※5 領収書(証)は原本が必要です。また、返却することはできません。
領収書には受診者氏名・領収金額・領収日・領収印・業者名/医療機関名等の記載が必要です。(簡易型のレシートでは認められません)

※6 任意継続被保険者の方は「会社名」「所属」「委任欄」の記入は不要です。

※7 <提出の流れ>本人 → 会社[事業所(健保窓口)] → 健康保険組合 (※任意継続被保険者の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

健康保険 ※1 ①被保険者/家族 療養費支給申請書 (第 回目)

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中　　令和 年 月 日提出

※太枠の部分は必ず本人が記入してください。また、未記入欄の無いようにしてください。

被保険者	記号		番号		氏名(請求者)	
	現住所	〒 XXX-XXX　○○○県○○○○1234番地				
②※6	会社名	△ △ △ △ 株式会社				
	所属	○○ 本社・支社	○○ 部・支店	○○ 課(G)・営業所		
申請が家族に関するときはその家族の	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳	被保険者との続柄	
傷病名	右小指、中手指遠位幅骨折		発病又は負傷の年月日	令 XX 年 XX 月 XX 日 (負傷の場合は 午前・午後 XX 時頃)		
発病又は負傷の原因	・「いつ」・「どこで」・「なにを」・「どうしているうち」,「なにが」・「どのようにして」・「どこを」・「どうした」というように詳しく記載してください。 X月X日XX時頃、自宅で就寝中、目が覚めトイレに行く途中の階段でつまづいて転倒した。					
傷病の経緯や診療の内容	・「傷病」の現在の状態、医師の行った診療や処置等を詳しく記載してください。 問診・レントゲン後、投薬され、装具を装着しながら経過観察中。					
診療を受けた医療機関	名称	△ △ △ 病院	医師の氏名	医 者 良 太		
	所在地	○○○県○○○○ 1234番地				
診療の期間 ・いずれかに○ ・日にちを記載	○	保険証等不携帯による申請	<診療期間> 令 年 月 日～令 年 月 日 (診療日数 日間) 注)複数月または複数医療機関での受診の場合は各月・各医療機関毎に提出			
	○	治療用装具製作費用の申請	<装具の装着日> 令 XX年 XX月 XX日			
	○	治療用眼鏡製作費用の申請	<領収書の日付> 令 年 月 日			
療養給付を受けることが出来なかった理由 ③	・治療用装具や小児弱視用眼鏡の費用請求の場合は、上記※2, 3をご覧ください。 業者に装具作成を依頼した為				※2,3 装具等の名称	
第三者行為によって負傷したか否か	ある ・ ない	第三者行為によって負傷したときのその事実の届出	ある ・ ない	第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)	氏名 住所	

同意書	私は貴健保組合が療養費及び付加金の支給に関する情報提供(当該医療機関等の)を受けることに同意します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日 住所 ○○○県○○○○ 1234番地 被保険者氏名 健 康 太 郎
※6 委任欄	私は下記の者を代理人と定め療養費及び付加金の受領方を委任します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日 被保険者氏名 健 康 太 郎
	受領代理人 (組合届出済氏名)

診療に要した費用 (領収書を添付)	円

① いずれかに○
② 申請が家族に関する場合は記入
③ いずれかに○→ありの場合、第三者の氏名と住所記入

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)

〈R080401〉