

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 「器具等の名称」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、器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「業者に器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「業者に器具作成を依頼した為」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。
封筒に入っている場合は絶対に開封しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
※1 家 族

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	99	番号		氏名	
	現住所	〒				
被保険者が勤務している事業所	会社名	任意継続被保険者				
	所在地					
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			発病又は負傷の年月日	令 年 月 日	(負傷の場合は 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。					
傷病の経緯	・「なにを」「どのようにして」「どうした」というように詳しく記載してください。					
診療を受けた医療機関	名称				医師の氏名	
	所在地					
診療の内容	・「傷病名に」対し、医師の行った診療や処置等を詳しく記載してください。					
診療の期間	自 令 年 月 日	至 令 年 月 日	日間	診療に要した費用	円 (領収書を添付)	
療養給付を受けることが出来なかった理由	・治療用器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。				※2、3 器具等 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は	その事実の届出の有無	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
同意書欄	健康保険法に基づく療養費及び付加金の支給決定を行うにあたり、貴健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 令和 年 月 日 ※紹介が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。 住所 被保険者氏名					

委任状欄	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 年 月 日
	被保険者氏名 受領代理人

