

受付年月日	年	月	日					台帳照会			
同年月日	年	月	日								
決裁年月日	年	月	日								
支給額	円										
				資格取得	年			月	日		
決定期間	年			月	日	(日間)	資格喪失	年	月	日
	年							月	日	支払年月日	年

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号		被保険者が 勤務する (していた) 事業所の	名称								
			電話 番								
			所在地: 〒 -								
傷病名							発病又は負傷 の年月日	年 月 日			
発病又は負傷 の原因											
傷病の経過											
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称				所在地 及び電話 番号	〒 -					
	氏名										
診療又は手当 の内容	入院期間						年 月 日 から				
							年 月 日 まで				
		コルセット装着日						年 月 日			
診療又は手当を 受けた期間	年 月 日 から				診療又は手当に 要した費用の額		金 円也				
年 月 日 まで 日間											
診療又は手当 が被保険者の 選定に係る特別 の病室の提供、 その他厚生労働 大臣が定める療 養を含むときは その旨											
療養の給付又は 特別療養費も しくは家族療養 費の支給を受け ることのできな かった理由											
第三者の行為に よる負傷である とき	その 事実 と届 出の 有無				加害者の氏名						
					加害者の住所		〒 -				
被扶養者に 関する申請のとき	氏名				生年 月日	年 月 日		被保険 者との 続柄			

上記の通り申請します。

年 月 日 届出 〒 -

被保険者の 住所:

氏名:

三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名	職務上の事由	職務上・下船後 3か月以内・通勤災害	傷病名
初診	時間外 休日 深夜	円	注射 皮下注射・静脈内 その他
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回	検査 薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン
指導			
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	処置 及び 手術 薬剤
入院	1か月未満 1か月～3か月未満 3か月以上 給食の有無	日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日)	その他 合計
<p>上記の通り領収(診療)いたしました。</p> <p>年 月 日 千</p> <p>住所:</p> <p>医師 氏名:</p> <p>印</p>			

▼ 原則、給付金は事業主経由でお支払いしますので、委任状に被保険者の住所、氏名を記入してください。

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日 請求した	被保険者 被扶養者 療養費のうち
	金 円	也の受領に関する事。
	年 月 日	住所: 千
		被保険者の
		氏名:
		住所: 千
		代理人の
		氏名:
		印

▼ 給付金支払いを事業主へ委任した場合は、「振込先」は記入不要です。

振込先	銀行	支店	(普通 当座)
-----	----	----	--------------

【注意事項】

1. 領収書の原本を添付してください。
2. 診療明細書を添付してください。診療明細書の添付が不可の場合は医師による診療明細書記入及び捺印が必要です。
3. 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を添付してください。
この場合、診療明細書の記入は必要ありません。

【補装具の添付書類】

1. 医師の意見書の原本(「医師が治療上の装着を必要と認めていること」、「装着日」が確認できる証明書)
2. 補装具代金の領収書と明細書(内訳書)の 原本
3. 靴型装具の申請に限り、装具の現物写真(撮影箇所は、正面・裏側・右・左・底・ロゴや商標のある箇所)