

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

【書式5-1】

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|----------|
| | | 健保 | 常務理事 | 事務長 | 部長 | 担当 |
| 銀行・関連会社の方は事業所・部室名を記入 任意継続被保険者の方は、「任継」と記入 特例退職被保険者の方は、「特退」と記入 | | 被保険者名(本人)を記入 | | | | |
| 被保険者の 記号・番号 | | 記号 000 | 番号 0000000 | 氏名 けんぼ たろう 健保 太郎 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 事業所の名称 (銀行名・部室店名) | | 〇〇〇〇・〇〇〇〇 | | | | |
| 治療を受けた者の氏名 | | 健保 太郎 | 生年月日 | 昭・平・令 〇〇年 4月 1日 | 〇〇歳 | 続柄 本人 |
| 傷病名 | | 椎間板ヘルニア | | 発病または 負傷年月日 | 平・令 〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 発病または負傷の原因 (外傷の場合は、いつ・どこで・ 何をしていて・どのようになった と具体的に記入してください) | | 不明 | マイナ保険証・資格確認書等不携帯で 10割負担者→期間を記入 装具購入者→領収書の日付を記入 | | マイナ保険証・資格確認書等不携 帯で10割負担した方は受診日数 を記入 | |
| 診療または手当の内容 または治療用装具の名称 | | コルセット装着 | | | | |
| 診療・手当の期間 または治療用装具購入日 | | 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで | | | 受診実日数 | 〇〇 日間 |
| 診療に要した費用 または治療用装具金額 | | 領収書の金額を記入 〇〇〇〇〇 円 (詳細、別紙明細書通り) | | 公費助成等の有無 | 有・無 | |
| 療養をうけた医療機関 の名称・所在地 | | 〇〇〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町2 | | お住まいの市区町村で、医療費の助成 対象者の方は、有に〇をお願いします。 | | |
| 療養費の支給申請の理由 | | <input type="checkbox"/> マイナ保険証・資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具装着 <input type="checkbox"/> その他(内容:) | | | | |
| 傷病が第三者の行為によるときは その事実と第三者の住所・氏名 | | マイナ保険証・資格確認書等不携帯で10割負担した 方はマイナ保険証・資格確認書等不携帯に✓し、理由 を記入 治療用装具・眼鏡作成は治療用装具に✓してください。 | | | | |

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合、身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料の提出は不要です。)

[個人番号記入欄]

(注) ①被扶養者毎に作成して下さい。

②同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、受診月毎に別々に記入して下さい。

③診療に要した費用は、医療機関等で支払った額のうち、いわゆる保険診療分を記入して下さい。自己負担分は除いて下さい。

④マイナ保険証・資格確認書等不携帯で10割支払った場合の申請は、「レセプト(診療明細書)を添付すること。」と「領収書」のいずれも原本を必ず添付して下さい。「レセプト」は会計時に発行される診療明細書とは異なります。

⑤コルセット等治療用装具、及びはり・マッサージに関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の医師の証明書・同意書」および「領収書」(いずれも原本)を添付して下さい。

マイナ保険証・資格確認書等不携帯で10割負担した方は、後から正しい負担割合で精算してもらえることがありますので、まずは受診した医療機関等にご相談ください。

精算不可の場合は、受診した医療機関等にレセプトの発行を依頼してください。

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【行内メール】東日本(7872-50)

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

| | | | | | |
|------------|-------|---|-------|------------|--------|
| 健保記入欄 | 給付決定日 | | | 受付日 | |
| | 支給期間 | 月 | 日から | 月 | 日まで 日間 |
| | 支給額合計 | 円 | 内 | 療養費 | 円 |
| | | | | 一部負担還元金 | 円 |
| | | | | 第二家族療養費 | 円 |
| | | | | 本人・家族高額療養費 | 円 |
| | | | | 合算高額療養費 | 円 |
| 家族療養費付加金 | 円 | | | | |
| 合算高額療養費付加金 | 円 | | | | |
| 受付NO | | | 傷病コード | 事業所コード | |