

常務理事	事務長	調査	G L	担当

記入例

立替払いの場合

被保険者
被扶養者

療養費(立替払・治療用装具・生血)支給申請書 (第 〇 回目)

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

4. 3. 2. 1.

※治療用装具(コルセット・ギプス等)、生血に関する申請のときは領収(診療報酬)明細書は必要ありません。

この請求・支払い手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

この請求書に記載の個人情報は、事業主を經由して請求し、給付金の支払業務に利用させていただきます。

1. 標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および⑯の欄はそれぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑫⑬⑭⑮の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入ってください。

2. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、⑦⑧⑨⑩⑪は、そのように読みかえて記入してください。

3. 資格喪失後に請求する場合は、⑯の欄余白部分に被保険者振込口座を記入してください。

4. この請求書に記載の個人情報は、事業主を經由して請求し、給付金の支払業務に利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	1234	② 事業所の 名称と所在地	被保険者の勤務されている会社名(事業 所名)を記入してください		
		番号	567				
	③ 傷病名	〇〇〇〇			④ 発病又は負 傷の年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑤ 発病又は 負傷原因	発病時の状態などを詳しく記入してください					
	⑥ 傷病経過	受診後の傷病の経過を詳しく記入してください					
	⑦ 診療を受けた 病(医)院	⑦ 名称	〇〇病院		① 所在地	病院の所在地を記入してください	
	⑧ 診療に従事 した医師	⑦ 氏名	〇〇 〇〇		① 住所	分からなければ記入不要です	
	⑨ 診療内容	どのような診療を行なったか記入してください					
	⑩ 診療期間	自平成 〇 年 〇 月 〇 日		〇 日間		⑪ 診療に要し た費用の額	金 領収書の金額を 記入してください 円
	⑫ 診療期間中に 入院したか否か	<input type="checkbox"/> 入院		<input checked="" type="checkbox"/> 外来		(入院の場合は期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間)	
⑬ 療養給付を受 けることができ なかった理由	立替払いとなった理由を記入してください 例: 保険証を持たずに受診したため、自費診療となった						
⑭ 第三者行為 によって負傷 したもので あるか否か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		⑮ 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	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 該当する場合は記入してください		
⑯ 被扶養者に 関する申請の とき	氏名	該当する場合は記入してください			年 月 日	被保険者 との続柄	

⑰ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者名 健保 太郎 (E印)

住所 事業所名 事業所にて手続きするところ

代理受領者 (印)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

本記入見本は、一般的な事例をもとに作成していますので、記入方法に関してご不明な場合は、事業所担当者へご確認ください。

領収（診療報酬）明細書

三菱マテリアル健康保険組合

患者氏名		(男・女) S・H 年 月 日					
傷病名				診療開始日	年 月 日	診療実日数	日
⑱	初診	時間外・休日・深夜	回	点	(本人は記入不要です)		
⑲	再診	診	×	回			
再	初回再診	加算	×	回			
診	時間外	加算	×	回			
	休日	加算	×	回			
	深夜	加算	×	回			
⑳	指導管理	慢性疾患 自己注射 ウイルス・特定薬剤・放射線					
㉑	往診	普通		回			
		夜間		回			
		緊急・深夜・暴風雨雪・難路		回			
㉒	投薬	㉓ 内服		単位			
		㉔ 屯服		単位			
		㉕ 外用		単位			
		㉖ 調剤	×	単位			
㉗	注射	㉘ 皮下筋肉内・静脈内		回			
		㉙ その他		回			
㉚	手術・麻酔 処置及び	薬		回			
		剤		回			
				回			
㉛	検査	薬		回			
		剤		回			
㉜	レントゲン			回			
				回			
				回			
㉝	処方せん			回			
合計				点			
診療に要した費用							円
上記のとおり領収（診療）いたしました。							
平成 年 月 日							
保険医療機関の所在地 及び名称 医師の氏名 (電話番号)							
(印)							

(添付書類についての注意)
 次の場合には左の領収明細書は必要ありません。
 1. 医療機関が発行する診療報酬明細書を添付して申請する場合。
 2. 歯科診療に関する申請のときは、別の領収明細書をつけてください。
 3. 治療用器具(コルセット、ギプス、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書」をつけてください。
 4. 生血に関する申請のときは、「生血を必要と認められた医療担当者の証明書」及び「生血代金の領収証書」をつけてください。

備考:すでに、申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。