

**記入例**

治療用装具の場合

常務理事	事務長	調査	G L	担当

**被保険者 療養費(立替払・治療用装具・生血)支給申請書** (第 ○ 回目)

被扶養者

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

※治療用装具(コルセット・ギブス等)、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(⑦の欄)は、事業主を介して請求し、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。

4.3.2. 1. 標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および⑬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、⑭⑮⑯の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入

1. 標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および⑬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、⑭⑮⑯の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入

2. 診療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

3. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

4. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

5. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

6. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

7. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

8. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

9. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

10. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

11. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

12. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

13. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

14. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

15. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

16. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

17. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

18. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

19. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

20. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

21. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

22. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

23. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

24. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

25. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

26. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

27. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

28. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

29. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

30. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

31. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

32. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

33. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

34. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

35. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

36. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

37. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

38. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

39. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

40. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

41. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

42. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

43. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

44. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

45. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

46. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

47. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

48. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

49. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

50. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

51. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

52. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

53. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

54. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

55. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

56. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

57. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

58. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

59. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

60. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

61. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

62. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

63. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

64. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

65. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

66. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

67. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

68. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

69. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

70. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

71. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

72. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

73. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

74. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

75. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

76. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

77. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

78. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

79. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

80. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

81. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

82. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

83. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

84. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

85. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

86. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

87. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

88. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

89. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

90. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

91. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

92. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

93. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

94. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

95. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

96. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

97. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

98. 治療を受けたのは、薬剤の支給だけでなく、薬剤の支給を受けなかった理由を記載してください。

99. 資格喪失後に請求する場合は、⑭の欄を空白部分に被保険者振込口座を記入してください。

100. 個人情報(⑦)の欄は、事業主を介して請求し、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。

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	○○○○			④ 発病又は負 傷の年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑤ 発病又は 負傷原因	負傷の原因などを詳しく記入してください(いつ、どこで、どのように、どうなった)					
	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	○○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	○○ ○○	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 年 月 日	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 日間)			
⑬ 療養給付を受 けることができ なかった理由	「治療用装具は療養の給付対象外のため」と記入してください						
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		
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		

上記のとおり申請いたします。 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(郵便番号) ○○○ - ○○○○

住所 東京都～ (電話番号) ××-××××-××××

被保険者の氏名 健保 太郎 (E印) 生年月日 (S)・H ○ 年 ○ 月 ○ 日

⑰ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 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

※外傷による傷病の場合は、「外傷性等の傷病に関わる回答書」を添付願います。

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。

(2017.1)

# 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	再診	×	回				
⑲ 再診	初回再診加算	×	回				
⑲ 再診	時間外加算	×	回				
⑲ 再診	休日加算	×	回				
⑲ 再診	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	普通間 緊急・深夜・暴風雨雪・難路		回 回 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 剤		回 回 回 回				
	薬 剤		回 回 回				
	薬 剤		回 回 回				
㉛ その他	処方せん		回				
合計			点				
診療に要した費用							円
<p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <p style="text-align: center;">(電話番号)</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>							

(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「生血代金の領収証書」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。