

三菱電機健康保険組合 行

被保険者  
家族

療養費支給申請書

令和 6 年 12 月 1 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	110	番号	1234567	被保険者氏名	三菱 太郎
	所 属	事業所名	特例退職 ・ 任意継続 三菱電機 (株) ・ 本社 ・ 人事部			生年月日	平成 2 年 5 月 25 日
	被保険者 住所	(〒 123 - 0022 )	TEL ( 03 ) - 3333 - 3333	東京都大田区××1-2-3-405			
	傷病名	右膝内側側副靭帯損傷					
	発病又は負傷の 原因及びその経過	サッカーの試合中、ボールを蹴った際に足を痛めたので、病院へ行き治療のため装具を作った。／経過良好					
	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 6 年 11 月 2 日					
	診療を受けた 病院等	名 称	〇〇整形外科				
		所在地	東京都大田区××3-2-1				
	診療の期間	令和 6 年 11 月 2 日から 令和 6 年 11 月 10 日まで ・ ー					
	入院・入院外の別	入院外 ← (選択してください)					
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
診療に要した費用の額 ※立て替え払いした額	24,386 円 ※領収書のとおり						
診療の内容	診察を受け、サイズをはかり装具を作った。						
療養の給付を受ける ことができなかった 理由 ※マイナ保険証等 を使うことができな かった理由	1	1. コルセット等の治療用装具を装着したため購入費用に保険がきかなかった。 2. 旅行先等で急遽医療機関を受診しマイナ保険証等を提示できず10割支払った。 3. 資格喪失後受診のため他の保険者から医療費の返還請求があった。 4. 上記理由にあてはまらない場合 (理由・状況などを詳しく記入)					
発病又は負傷の原因が交通事故・ケンカ等 の場合「はい」を選択する	いいえ ← (選択してください)						
第三者行為に よるものですか	いいえ ← (選択してください)						
※ 被扶養者 (家族) が受診した場合							
被扶養者氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	続柄			
※ 退職後の請求の場合《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座へ入金します》							
入社年月日	昭・平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 日				
フリガナ	退職後に申請する場合のみご記入ください (被保険者名義に限る) 社員の方・特例退職・任意継続の方は記入不要 ※特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座へ入金します						
金融機関名	行	店					
備考							

〔添付書類〕  
1. コルセット等の治療用装具装着の場合  
①装具代についての領収書及び、採型・使用材料等の明細書 (原本) ③靴型装具に係る申請の場合、当該装具の写真

2. やむを得ずマイナ保険証等を使えなかった場合  
②自費診療についての領収書 (原本) ※受診者名がわかるもの ※領収印があるもの

3. 発病又は負傷の原因が業務上、又は通勤途中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から療養費は支給されません。

4. 特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としている口座への入金となります。

健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日	令和 年 月 日
			支給決定 並びに 支出決議	常務 理事

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印	
------------	--