

支給決定額		支給決定日 平成 年 月 日				給付記録 入力済印
療養費	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
	円					

健康保険 被保険者 療養費(付加金)支給申請書
家 族

(記入上の注意)

- ・表題の「被保険者」と「家族」は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- ・⑩欄は、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てを受けた場合は、そのように読みかえて記入して下さい。
- ・⑭欄は、給付金受領を事業主又は代理人に委任して下さい(任意継続被保険者は除く)。
- ・医療機関及び薬局において受診或いは薬を受けた場合、様式一の二の領収(診療)明細書に記入を受けて下さい。なお、医療機関及び薬局から診療(調剤)報酬明細書の発行を受けた場合は、それを添付することにより省略できます。但し、領収書は必ず添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	健康保険証 記号 番号	② 被保険者 (請求者) 住所 氏名	⑤ 事業所の 名称・所在地	⑧ 発病 又は 負傷の年月日	平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	③	資格取得 年月日	昭和 平成 年 月 日	⑥ 申請が家族に関する ときはその者の氏名 (昭・平) 年 月 日生)			
	④	資格喪失 年月日	平成 年 月 日				
	⑦	傷病名					
	⑨	発病又は負傷の原因 (詳細に記入)					
	⑩	診療を受けた 病医院の名称所在地					
	⑪	診療の期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	⑫ 診療に要した 費用の額	円		
	⑬	療養の給付を受ける ことができなかった理由					
	⑭	本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 年 月 日					
	受 取 代 理 人	被保険者 (請求者)	住 所 氏 名				印
		事業主 又は代理人	名称・所在地 氏 名				印

受付日付印

MBK連合健康保険組合

領収(診療)明細書

患者名			傷病名		
入院外			入院		
初診	時間外・休日・深夜	回	初診	時間外・休日・深夜	回
再 診	再診	× 回	投 薬	内服	単位
	外来管理加算	× 回		頓服	単位
	時間外	× 回		外用	単位
	休日	× 回		調剤	日
	深夜	× 回	麻薬	日	
指導			調基		
在 宅	往診	回	注 射	皮下筋肉内	回
	夜間	回		静脈内	回
	深夜・緊急	回		その他	回
	在宅患者訪問診療 その他	回		処 置	回
薬剤	回	麻 酔 手 術	回		
投 薬	薬剤	単位	検 査	薬剤	回
	内服 {			薬剤	回
	調剤	× 回		薬剤	回
	頓服 薬剤	× 回		薬剤	回
外 用	外用 {		入 院	薬剤	回
	調剤	× 回		薬剤	回
	処方	× 回		その他	回
	麻毒 調基	回		入院年月日	年 月 日
注 射	皮下筋肉内	回	病 診 衣	×	日間
	静脈内	回		×	日間
	その他	回		×	日間
処 置	薬剤	回	入院料		
	麻 酔 手 術	回		入院医学管理料	日間
検 査	薬剤	回	特定入院料・その他		
	薬剤	回	食 事	基準	
画 像 診 断	薬剤	回		円 ×	日間
	処方せん	× 回	円 ×		日間
その他	薬剤	回	円 ×	日間	
合計	円		合計	円	
上記の通り領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日 住所 医師の 氏名 印					

- (添付書類の注意)
- ・歯科診療を受けた場合や歯科医師の処方箋により薬局で薬を受けたとき、別の診療(薬剤)報酬明細書と領収書を添付して下さい。
 - ・コルセット・ギブ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る医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。
 - ・輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」を添付して下さい。
 - ・海外における療養費の申請のときは、海外用「診療内容明細書」及び「領収証書」を添付して下さい。なお、診療内容明細書等が外国語で記載されている場合は、翻訳しその者の住所・氏名・捺印した翻訳文を添付して下さい。