

支給決定額		支給決定日 令和 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、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・ 医療機関・薬局において受診或いは薬を受けた場合は、領収証及び診療(調剤)報酬明細書を添付して下さい。
- ・ 領収証や添付書類は、原本を提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者等	記号		②	被保険者 (請求者)	住所		
			番号				氏名		
		③	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			⑤	事業所の 名称・所在地
		④	資格喪失 年月日	平成 令和	年 月 日		⑥	申請が家族に関する ときはその者の氏名	(昭・平・令) 年 月 日生)
		⑦	傷病名				⑧	発病 又は 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
		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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	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	確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。
---	-----	---

MBK連合健康保険組合

受付日付印