健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

☐ 立替払い　☐ 生血
☑ 治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号　　番号 ０００ ― ０００００００	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏　名 （自署）	フリガナ　ﾐﾂﾋﾞｼ　ﾀﾛｳ 三菱　太郎	生年月日	昭・(平)・令 00 年 00 月 00 日
	住　所 電話番号	（〒 000－0000 ） ○○県○○市○○町１－１	電話番号： 000 （ 000 ）0000	
	事業所名称	○○○○株式会社○○工場		

申請内容	受診者	☑被保険者 ・ ☐家族（被扶養者）			
	家族の場合はその方の	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	傷病名	腰椎圧迫骨折		発病または負傷年月日	(令) 00年 00 月 00 日
	発病の原因および経過（詳しく）	階段を降りる際に踏み外して腰を強打した			
	診療を受けた医療機関等の	名称	○○病院	診療した医師氏名	○○ ○○
		所在地	××県○○市○○町１		
	診療を受けた期間	令 00 年 00 月 00 日 から 令 00 年 00 月 00 日まで（ ○ ）日間			
	上記の期間に入院していた場合はその期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで（ ）日間			
	※治療用装具を装着した場合	装具等の装着について指示を受けた日	令 00 年 00 月 00 日		
		装具装着日	令 00 年 00 月 XX 日		
	療養に要した費用の額	○○○○ 円		診療の内容	コルセットの装着
	療養費の支給申請の理由	安静固定・疼痛軽減のため			

振込先	金融機関名	○○ 銀行・金庫・農協・信組		預金種別	(普通) ・ 当座
		○○ 本店・(支店)・出張所		口座番号	０ ０ ０ ０ ０ ０ ０
	口座名義（カタカナ）	ミツビシ　タロウ ※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。			
	公金受取口座	☐マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			

受 付 年 月 日

三菱製紙健康保険組合