

申請ルート: 申請者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

被保険者・被扶養者(家族) 療養費及び療養付加金支給申請書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日		年 月 日			
	氏 名		氏 名		社員番号		年 月 日			
					生年月日					
	所属名称									
	住民票住所		〒 -							
	療養を受けた方 の氏名		氏 名		生年月日		年 月 日			
					被保険者からみた続柄					
	申請理由(ひとつ選択してください)				添付書類(ホームページで詳細をご確認ください)					
	☐ 保険証不携帯または交付前による全額自己負担				①領収書 ②診療報酬明細書(レセプト)					
	☐ 治療用装具(コルセット、ギブス等)の制作、購入				①医師の「意見および装具装着証明書」等 ②作成した明細のわかる領収書 ③作成した装具の写真(正面、裏、側面の3種類)					
	☐ 小児用弱視等の治療用眼鏡等の購入				①医師の作成指示書 ②領収書 ③検査結果					
	☐ 海外での診療				①診療内容明細書 ②領収明細書 ③海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)写し ④海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書 ⑤ ①～③の日本語訳					
	☐ 輸血用の生血の購入				①輸血証明書 ②領収書					
	傷病名				発病又は負傷の 年月日		年 月 日			
	発病又は負傷 の原因		いつ、どこで、なにをされていてどうしたなどできるだけ詳しく							
	負傷の場合、交通事故または 第三者行為によるものですか				☐ はい ☐ いいえ		「はい」の場合、 届け出の状況		☐ はい ☐ いいえ	
	診療を受けた医療機関名称									
	医師氏名				電話番号		- -			
住所		〒 -								
診療を受けた期間または装具作成指示日				診療に要した費用の額または装具代金						
年 月 日 から				日間		円				
年 月 日 まで										
給 付 金 受 取 方 法	A.事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。							
			年 月 日		被保険者氏名					
	B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失後の 方が記入)		銀行名		支店名					
			種別		☐ 普通 ☐ 当座		口座番号			
		口座名(カナ)								

被保険者の個人番号(マイナンバー)

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・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

健保組合受付欄

--