

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

記号	番号	被保険者氏名	所 属
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者の 氏 名	続柄 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
傷 病 名	発病・負傷年月日		令和 年 月 日
診療を受けた病院	名 称	医師・歯科医師名	
	所在地		
退職者 記入欄	退 職 年 月 日		令和 年 月 日
	銀 行 名		支 店 名
	種 別	口座番号	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
任意継続者 は記入不要	振 込 先	コード	コード
		口座名義人(フリガナ)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 <input type="checkbox"/> 2.傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 <input type="checkbox"/> 3.歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料を必要とするとき <input type="checkbox"/> 4.保険証を提出できなかったとき <input type="checkbox"/> 5.その他 ()		
第三者行為によるものか否か	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※第三者行為である場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること。		

※注意：被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

令和 年 月 日 提出

※ 注意

- コルセット等の装具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られる医師の証明書」、「装着日の証明書」及び「実費についての領収書」の原本をつけてください。
- 保険証を提示できず窓口で全額負担した際の申請の場合は、申請書は「ひと月・1医療機関(入院・外来別)/薬局毎に1枚」作成し、「保険点数」の記載のある領収証(原本)を添付してください。
領収書に「保険点数」の記載が無い場合は、領収書と保険点数の記載された診療明細書を添付してください。
- 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師の証明」及び「血液代金の領収書」をつけてください。
- 海外における療養費の申請のときは、当組合のホームページから必要書類をご確認ください。

【個人情報の取り扱い】

申請書に記載された個人情報は、給付金の支払業務のため事業主へ提供することに同意されたものとして利用します。

【送付先】 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。←ここをクリック	
SATO社会保険労務士法人に委託している事業所.....SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当 [郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F	
SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所.....各事業所の健保担当者	
任意継続保険加入者 三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方	三菱ケミカル健康保険組合 [郵 送]〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

健保 記載 欄	療 養 費		付 加 金	
			円	

受付日付印

事業所

健保組合
