

健康 組合 記入 欄	支給決定額	支給決定日			令和	年	月	日
	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者			

## 健康保険 被保険者 療養費（付加金）支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	—	被保険者氏名								
	事業所名称										
	資格取得 年月日	平成	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日	
	療養の給付を 受けた者の 氏名				療養の給付を受けた者 生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	傷病名				発症または 負傷年月日	令和	年	月	日		
	傷病の原因は第三者の行為（交通事故やケンカ等）によるものですか				（ ）		1. はい 2. いいえ		労働災害、通勤災害に該当する可能性 はありますか	（ ）	1. はい 2. いいえ
	発症又は 負傷の原因										
	申請理由	( ) 1. マイナ保険証もしくは資格確認書を使用せず全額自己負担をしたため 2. 以前の保険者情報で受診し医療費を返還をしたため 3. 鍼灸・マッサージを受けて全額自己負担をしたため 4. 海外で医療機関にかかり全額自己負担したため 5. その他（生血液を輸血したとき・帯血を搬送したとき）									
	<b>添付書類について</b> 申請理由「1」の場合：●診療報酬明細書（調剤明細書）の原本 ●領収書の原本 申請理由「2」の場合：●返還金支払の領収書 ●封筒に入った診療報酬明細書 申請理由「3」の場合：●領収書（レシート不可） ●鍼灸院が発行する療養費支給申請書（はり・きゅう用） ●医師の同意書（初回、更新時は必須） 申請理由「4」の場合：●医科/診療内容明細書（様式A）領収明細書（B） ●歯科/歯科診療内容明細書 ●領収書 ●調査に関わる同意書 ●現地の医療機関が発行した書類（和訳必須 ※翻訳者の署名が必要です。） 申請理由「5」の場合：●領収書 ●輸血証明書/生血液を輸血したときのみ										
	診療を受けた 医療機関				医療機関の 所在地						
診療期間	自：令和	年	月	日	日間	診療に要した 費用の額	円				
診療内容	（ ）			1. 入院 2. 外来(医科) 3. 外来(歯科) 4. 薬剤		市区町村から医療費の助成を 受けていますか		（ ）			1. はい 2. いいえ
<b>【同意・確認事項】</b> 組合WEBサイトへアクセスし「請求時の同意・確認事項」を必ずご確認ください。 確認後は、同意・確認日の日付を記載しチェック☑をしてください。 <div style="text-align: right;">同意・確認日 令和 <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日</div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。  <input type="checkbox"/> WEBページ記載の「確認事項」「注意事項」について確認しました。  <input type="checkbox"/> 請求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生じた場合は同意します。         </div> </div> QRコードが読み込めない場合下記URLからアクセスしご確認ください。 <b>【MBK連合健康保険組合WEBサイト】</b> <a href="https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/">https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/</a>											

MBK連合健康保険組合

受付年月日

### 注意事項

- 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当するほうを○でかこんでください。
- 第三者の行為によるものとした場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
- 申請書は、1か月につき、受診した医療機関や薬局ごとに1枚ずつ必要です。
- 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。