

申請理由「1」：国内でマイナ保険証、資格確認書等を医療機関等に提示できず、医療費を自費で支払ったとき(立替払)の記入見本

## 健康保険被保険者療養費(付加金)支給申請書

被保険者等 記号番号	111 - 999	被保険者氏名	健保 正		
事業所名称	株式会社 健康保険				
資格取得 年月日	平成 2 年 3 月 1 日 令和	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	健保 一郎	療養の給付を受けた者 生年月日	昭和・平成・令和	2 年 6 月 20 日	
傷病名	急性気管支喘息	発症または 負傷年月日	令和	8 年 4 月 1 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	2	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	2	1. はい 2. いいえ
発症又は 負傷の原因	不詳				
申請理由	1 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)				
添付書類について	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	<input type="checkbox"/> 医院	医療機関の 所在地	東京都〇〇区〇〇・・・		
診療期間	自:令和 8 年 4 月 1 日 至:令和 8 年 4 月 8 日	2 日間	診療に要した 費用の額	5,600 円	
診療内容	2 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	1.はい 2.いいえ	
【同意・確認事項】	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。 同意・確認日 令和 8 年 5 月 1 日				
	☑ WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 ☑ 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。 ☑ 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ある場合は同意します。				
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。 【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 <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。

申請理由「2」：国民健康保険など他の保険者の資格で医療機関等を受診したため、医療費の返還を行ったときの記入見本

健康保険 **被保険者** 家族 療養費（付加金）支給申請書

被保険者等 記号番号	123 - 999	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所名称	株式会社 健康保険				
資格取得 年月日	平成 令和 8 年 4 月 1 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	健保 太郎	療養の給付を受けた者 生年月日	昭和 平成 令和	3 年 1 月 1 日	
傷病名	別添診療報酬明細書のとおり	発症または 負傷年月日	令和	8 年 4 月 20 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	2	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	2	1. はい 2. いいえ
発症又は 負傷の原因	不詳				
申請理由	2 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）				
添付書類について	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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医院	医療機関の 所在地	東京都〇〇区〇〇・・・		
診療期間	自：令和 8 年 4 月 20 日 至：令和 8 年 4 月 25 日	2 日間	診療に要した 費用の額	8,000	円
診療内容	3 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	2	1. はい 2. いいえ	
【同意・確認事項】	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。 同意・確認日 令和 8 年 5 月 1 日				
	<input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 <input checked="" 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 checked="" 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ある場合は同意します。				
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。 【MBK連合健康保険組合WEBサイト】	<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。

申請理由「3」：はり・きゅう・マッサージの施術を受け、医療費を自費で支払ったとき  
(立替払)の記入見本

## 健康保険被保険者療養費(付加金)支給申請書

被保険者等 記号番号	123 - 999	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所名称	株式会社 健康保険				
資格取得 年月日	平成 8 年 4 月 1 日 令和	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	健保 太郎		療養の給付を受けた者 生年月日	昭和 平成 令和	3 年 1 月 1 日
傷病名	神経痛		発症または 負傷年月日	令和	6 年 2 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	2	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	2	1. はい 2. いいえ
発症又は 負傷の原因	不詳				
申請理由	3 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)				
添付書類について	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	〇〇鍼灸院		医療機関の 所在地	東京都〇〇区〇〇・・・	
診療期間	自:令和 8 年 5 月 1 日 至:令和 8 年 5 月 31 日	3 日間	診療に要した 費用の額	7,500 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	2	1.はい 2.いいえ	
【同意・確認事項】	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。 同意・確認日 令和 8 年 5 月 1 日				
	☑ WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 ☑ 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。 ☑ 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ある場合は同意します。				
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。	【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 <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。

申請理由「4」：海外で医療機関にかかって自費で支払ったとき(立替払)の記入見本

## 健康保険被保険者療養費(付加金)支給申請書

被保険者等 記号番号	123 - 999	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所名称	株式会社 健康保険				
資格取得 年月日	平成 8 年 4 月 1 日 令和	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	健保 一郎	療養の給付を受けた者 生年月日	昭和・平成・令和	8 年 4 月 20 日	
傷病名	齲歯	発症または 負傷年月日	令和 8 年 6 月 9 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	2	1. はい 2. いいえ	労働災害、通勤災害に該当する可能性がありますか	2	1. はい 2. いいえ
発症又は 負傷の原因	不詳				
申請理由	4	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)			
添付書類について	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	<input type="checkbox"/> dental Clinic	医療機関の 所在地	12 〇〇〇 Avenue, London, EC2N 2DL		
診療期間	自: 令和 8 年 4 月 20 日 至: 令和 8 年 4 月 25 日	2 日間	診療に要した 費用の額	£ 250.80	円
診療内容	3	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	2	1. はい 2. いいえ
【同意・確認事項】	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。 同意・確認日 令和 8 年 5 月 1 日				
	<input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 <input checked="" 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 checked="" 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ある場合は同意します。				
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。 【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 <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。