

記入上の注意参照

記入見本

(医療費①)

<申請に必要な添付書類 (すべて原本)>

- ・領収証 ・診療明細書(診療行為や点数の内容・内訳等が分かるもの)
- ・薬局の場合も調剤明細書(出された薬の内容・数量等が分かるもの)が必要です。

<注意>

- ・1ヶ月ごと、医療機関・薬局ごとに1枚の申請書が必要です。

健康保険被保険者 療養費(付加金)支給申請書
家族

(記入上の注意)

- ・領収証や添付書類は、原本を提出してください。
- ・医療機関・薬局において受診或いは薬を受けた場合は、領収証及び診療(調剤)報酬明細書を添付して下さい。
- ・⑭欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・⑩欄は、診察を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読みかえて記入して下さい。
- ・⑩欄は、「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

① 被保険者等	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…	
	番号	999		氏名	健保 太郎	
③ 資格取得 年月日	昭和	X 年 X 月 X 日	⑤ 事業所の 名称・所在地	〇〇株式会社		
	令和			東京都〇〇区△△町1-1		
④ 資格喪失 年月日	平成	年 月 日	⑥ 申請が家族に関する ときはその者の氏名	(昭・平・令) 年 月 日生)		
	令和			年 月 日生)		
⑦ 傷病名	⑧ 医師に診断された病名を記入			平成 令和 年 月 日		
	急性気管支喘息			発病 又は 負傷の年月日	不詳 (負傷の場合は 時頃)	
⑨ 発病又は負傷の原因 (詳細に記入)		不詳 (いつ、何処で、どうしているときに等 具体的に記入してください)				
⑩ 診療を受けた 病医院の名称所在地		〇〇医院 〇〇県〇〇市△△…		⑪ 診療実日数と、10割の医療費を記入		
⑪ 診療の期間		自 令和 3 年 10 月 5 日 至 令和 3 年 10 月 29 日		⑫ 診療に要した 費用の額		2 日間 XX,XXX 円
⑬ 療養の給付を受ける ことができなかった理由		保険証を紛失しており、提示が出来なかったため。				

⑭ 確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 x 年 xx 月 xx 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	①又は②の要件を満たしたものである。
		①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。
		②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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する。

受付日付印

MBK連合健康保険組合

<申請に必要な添付書類 (すべて原本)>

- ・返還金支払時の領収証
- ・封筒に入った診療報酬明細書
管理する団体によって入手方法が異なります。前の加入先に確認してください。

<注意>

- ・1ヶ月ごと、医療機関・薬局ごとに1枚の申請書が必要です。

記入上の注意参照

記入見本

(医療費②)

健康保険被保険者家族療養費(付加金)支給申請書

(記入上の注意)

- ・領収証や添付書類は、原本を提出してください。
- ・医療機関・薬局において受診或いは薬を受けた場合は、領収証及び診療(調剤)報酬明細書を添付して下さい。
- ・⑭欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・⑩欄は、診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読みかえて記入して下さい。
- ・⑩欄は、「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

① 被保険者等	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
	番号	999		氏名	健保 太郎		
③ 資格取得 年月日	昭和		⑤ 事業所の 名称・所在地	□□株式会社 東京都〇〇区△△町1-1			
	平成 X 年 X 月 X 日	令和					
④ 資格喪失 年月日	平成		⑥ 申請が家族に関する ときはその者の氏名	(昭・平・令) 年 月 日生)			
	令和 年 月 日						
⑦ 傷病名	別添診療報酬明細書のとおり			⑧ 発病 又は 負傷の年月日	平成		
					令和 年 月 日	不詳 (負傷の場合は 時頃)	
⑨ 発病又は負傷の原因 (詳細に記入)	不詳 (いつ、何処で、どうしているときに等 具体的に記入してください)						
⑩ 診療を受けた 病医院の名称所在地	別添診療報酬明細書のとおり						
⑪ 診療の期間	自 令和 3 年 10 月 5 日			⑫ 診療に要した 費用の額	XX,XXX 円		
	至 令和 3 年 10 月 29 日 2 日間						
⑬ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	誤って国民健康保険の保険証を使用したため。						

診療実日数と、10割の医療費を記入

⑭ 確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 x 年 xx 月 xx 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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する。

受付日付印

MBK連合健康保険組合

記入上の注意参照

記入見本

(鍼灸)

<申請に必要な添付書類 (すべて原本)>

- ・領収証(施術日、保険診療である旨が明記されているもの、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、更新時は添付必須)

<注意>

- ・状況に応じ、健康保険組合より追加書類をお願いする場合があります。

健康保険被保険者療養費(付加金)支給申請書
家族

(記入上の注意)

- ・領収証や添付書類は、原本を提出してください。
- ・医療機関・薬局において受診或いは薬を受けた場合は、領収証及び診療(調剤)報酬明細書を添付して下さい。
- ・⑭欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ・⑩欄は、診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読みかえて記入して下さい。
- ・⑩欄は、「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

① 被保険者等	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
	番号	999		氏名	健保 太郎		
③ 資格取得 年月日	昭和	X 年 X 月 X 日	⑤ 事業所の 名称・所在地	〇〇株式会社 東京都〇〇区△△町1-1			
	平成			申請が家族に関する 傷病名と施術を併記			(昭・平・令) 年 月 日生)
④ 資格喪失 年月日	平成	年 月 日					
⑦ 傷病名	(はり・きゅう) 神経痛			発病 又は 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日 不詳 (負傷の場合は 時頃)		
	⑨ 発病又は負傷の原因 (詳細に記入) 不詳 (いつ、何処で、どうしているときに等 具体的に記入してください)						
⑩ 診療を受けた 病医院の名称所在地	◎◎鍼灸院(同意書発行は〇〇病院) 〇〇県〇〇市△△…			施術の実日数と、 10割支払額を記入			
	⑪ 診療の期間			自 令和 3 年 6 月 2 日 至 令和 3 年 6 月 30 日 4 日間	⑫ 診療に要した 費用の額	XX,XXX 円	
⑬ 療養の給付を受ける ことができなかった理由		鍼灸施術は償還払いであるため。					

⑭ 確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 x 年 xx 月 xx 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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する。

受付日付印

MBK連合健康保険組合

記入上の注意参照

記入見本

(海外療養費)

<申請に必要な添付書類 (すべて原本)>

- ・医科 診療内容明細書(様式A) 領収明細書(様式B) ・歯科…歯科診療内容明細書
- ・共通 領収証、その他現地医療機関の発行した書類、調査に関わる同意書

<注意> 和訳は必ず行ってください。なお、翻訳者の明記が必要です。

<支給額の算定について>

- ・算定額は、①国内で同等の治療を受けた場合の額、②支給決定日の為替相場により求めた額を比較して、低い方の7割～8割相当額となります。

健康保険被保険者家族療養費(付加金)支給申請書

(記入上の注意)

・領収証や添付書類は、原本を提出してください。

・医療機関・薬局において受診或いは薬を受けた場合は、領収証及び診療(調剤)報酬明細書を添付して下さい。

⑭欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。

⑩欄は、診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読みかえて記入して下さい。

⑩欄は、「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

① 被保険者等	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
	番号	999		氏名	健保 太郎		
③ 資格取得 年月日	昭和		⑤ 事業所の 名称・所在地	〇〇株式会社			
	平成 X 年 X 月 X 日 令和			東京都〇〇区△△町1-1			
④ 資格喪失 年月日	平成		⑥ 申請が家族に関する ときはその者の氏名	(昭・平・令) 年 月 日生)			
	令和 年 月 日						
⑦ 傷病名	医師が証明した病名を記入 急性胃腸炎			発病 又は 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日 不詳 (負傷の場合は 時頃)		
⑨ 発病又は負傷の原因 (詳細に記入)	不詳 (いつ、何処で、どうしているときに等 具体的に記入してください)						
⑩ 診療を受けた 病医院の名称所在地	〇〇Clinic 〇〇,〇〇,△△…			診療実日数と、 かかった費用(現地支払額)を記入			
⑪ 診療の期間	自 令和 3 年 5 月 10 日			⑫ 診療に要した 費用の額	ドル XX,XXX 円		
	至 令和 3 年 5 月 15 日 3 日間						
⑬ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	海外のため。						
⑭ 確認欄	本申請について、下記の項目を確認しました。 令和 x 年 xx 月 xx 日						
	<input checked="" type="checkbox"/>	①又は②の要件を満たしたものである。					
		①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。					
		②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
	<input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 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する。						

受付日付印

MBK連合健康保険組合