

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

| | | | | | | |
|---|--|---------------|--|---------------|----------------|--------------|
| 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 の記号番号 | 159- | 被保険者 の氏名 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | |
| | 被保険者の 住所 | 〒 TEL | | | 事業所 の名称 | 株式会社 マキタ |
| | 第三者行為によるものですか？ | はい（①又は②と③へ記入） | | | | いいえ（①又は②へ記入） |
| ①治療用装具（コルセット）費用請求のとき | | | | | | |
| 受診者氏名 | | | 被保険者 との続柄 | 受診者の 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| 傷病名 | | | 傷病の 原因 | | | |
| 装着年月日 | 平・令 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 | 装具作成 の費用 | 円 | |
| ②やむをえない理由により健康保険証なしに病院等で治療を受けたとき | | | | | | |
| 受診者氏名 | | | 被保険者 との続柄 | 受診者の 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| 傷病名 | | | 傷病の 原因 | | | |
| 保険証を提示 出来なかった 理由 | | | | | | |
| 診療年月日 | 平・令 年 月 日から | | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 | 病院等に 支払った額 | 円 | |
| ③傷病が第三者による場合 | | | | | | |
| 状況 （詳しく） | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 連絡先 | 〒 | TEL | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 _____ ㊞ マキタ健康保険組合理事長殿 | | | | | | |
| 委任状 | 私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。 *給料に含めて支払うため必須！ 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 _____ ㊞ | | | | | |
| 受任者 | 安城市住吉町 3-11-8 株式会社 マキタ 取締役社長 後藤 宗利 | | | | | |

<添付書類>

- 治療用装具（コルセット）費用請求のとき
・装具の装着を認めた医師の「証明書」と治療用装具の「領収書」+「装具の写真（詳細別紙）」
- 9歳未満の小児弱視の治療で眼鏡やコンタクトを作成したとき
・治療用眼鏡を購入したときの「領収書」と医師の作成指示などの写しと患者の検査結果
- やむをえない理由により健康保険証なしに病院等で治療を受けたとき
・「領収書」と「診療報酬明細書」

| |
|------------------|
| マキタ健康保険組合 受付印 |
|------------------|