

- 被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

## 療養費支給申請書

保険証 記号・番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎	連絡先 (TEL)	XXX-XXXX-XXXX
事業所名	□□□□株式会社			所属	△△部〇〇課	
対象者氏名	健保 二子		続柄	次女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 20 年 4 月 2 日
申請理由 (該当する ものに○ を記入)	① 保険証を持たずに受診した ② 前健康保険での資格喪失後受診 ③ 治療用装具作成 ④ 治療用眼鏡作成 ⑤ 弾性着衣購入 ⑥ 輸血の血液代 ⑦ 骨髄移植、臓器移植の際の運搬費用					
傷病名	右手腕骨骨折			治療を受けた 医療機関など	名称	〇〇〇〇病院
					所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
発病または 負傷の原因	いつ	令和 4 年 3 月 1 日		どこで	自宅	
	どのように	風呂場で転倒				
勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> はい	通勤途上ですか		<input type="checkbox"/> はい	交通事故等の 第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい
	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
申請金額	〇,〇〇〇		円	委任欄	支給金額の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名(自筆) 健保 太郎	

添付書類(申請理由で異なります)が必要となりますので、次頁の注意事項を確認の上、ご提出願います。

<申請期限>

- ①、②については受診をした日の翌日から2年以内  
③～⑦については代金を支払った日の翌日から2年以内 } に三菱重工健康保険組合必着

書類提出先	社内便	丸の内/国際ビル 三菱重工健康保険組合 業務G 宛
	郵送	〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 国際ビル4F 三菱重工健康保険組合 業務G 宛

支給並びに支出決済伺									
組合記入欄	申請額	円	支給決定額	療養費	円	常務理事	事務長	担当	健保受付
	査定額	円		食事療養費	円				
	一部負担金額	円		高額療養費	円				
				療養附加金	円				
				計	円				