支給決議書						
支給金額			発議			
			常務理事	事務長	係	
支給期間	・　・ ・　・	日間				
種別	支給金額算出内訳	取得	年　月　日	技官意見		
医療費 マッサージ 装具 輸血	①決定点数　－　一部負担金＝支給額 ②施術料金　×　回数＝決定金額 (　×部位) 往療料金　×　回数＝決定金額 ③支給額 ×　＝	不支給の理由	1. 緊急のものと認められない。 2. 療養の給付が困難と認められない。 3. 全部　年　月　日　前降　分			

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

金融機関名	銀行　本店 信用金庫　支店	給与振込口座番号	普通	ふりがな 預金の名義人	

被保険者が記入するところ							
被保険者等の記号番号	－	被保険者の氏名					
被保険者の住所・TEL	〒 TEL　(　)						
傷病名		事業所名					
発病または負傷の原因(または発症時の状態)	いつ　平/令　年　月　日頃	負傷または発症した場所	□事業所内 □自宅 □その他(				
診療又は手当を受けた医師、歯科医師、その他の住所・氏名							
診療又は手当の期間	・　・　から ・　・　まで　日間	左の期間のうち入院期間	・　・　から ・　・　まで　日間	診療又は手当に要した費用の額	円		
マイナ保険証等で診療又は手当を受けることが出来なかった理由(くわしく書いてください)							
診療又は手当を受けた者の	氏名		被保険者との続柄		生年月日	昭・平・令　年　月　日	

担当医が記入するところ			
傷病名		患者氏名	
上記の傷病のため、治療用装具(装具名　　)の装着の必要を認めます。 令和　年　月　日 装着			
上記の傷病のため、＿＿＿＿CCの輸血(生鮮血)の必要を認めます。 令和　年　月　日 輸血			
上記補装具の装着・輸血が行われたのは	入院中である　・　入院中ではない (必ず記入してください)		
令和　年　月　日 住　所 医療機関名 医師名	(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)		

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付資料が必要です。)

備考欄	

ミツバ健康保険組合

◎注意事項

(注)療養費支給申請書には次のもの(原本)を添付してください。返却はいたしません。

1. 治療用装具(①コルセットなど ②9歳未満の治療用めがね ③リンパ浮腫用弾性着衣)
　①診断書(または意見書)、領収書　②作成指示書、検査結果、領収書(フレーム○円、レンズ○円等明細記入)　③弾性着衣等装着指示書、領収証
2. マイナ保険証等を持参しなかったため自費で診療を受けた場合
　次頁の領収明細書に医療機関の証明を受けるか、[診療報酬明細書]を添付ください。

○「発病、負傷の原因」について、未記入および「不詳」は受付できません。原因不明な場合、発症当初の状態を記入してください。
○記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
※後期高齢者医療制度(75歳以上または65歳以上の寝たきり)に該当している人は市町村へ請求。

領　収　書

金　　円

患者氏名		生年月	昭和・令和 平成	年　月生
傷病名		診療期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	診療実日数 日

療養に要した費用の内訳

療養の内訳			薬名・用量等の明細			※ 決定金額
受診月日			月　日	月　日	月　日	
診療料	初診	時間外・深夜　回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	再診 往診	時間内 時間外 普通　深夜 夜間　回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
投薬	内服	薬剤　単位 調剤　×　回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	頓服	薬剤　単位				
	外用	薬剤　単位 調剤　×　回				
	処方	×　回				
	麻毒	×　回				
	調基	×　回				
注射	皮下筋肉内	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	静脈内	回				
	その他	回				
処置	薬剤	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
麻酔手術	薬剤	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
検査	薬剤	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
診断画像	薬剤	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
その他			点 (円)	点 (円)	点 (円)	
入院	入院年月日	年　月　日				
	病診衣	自　日至　日				
		入院料　×　日間 ×　日間 ×　日間				
		医学管理料　×　日間 ×　日間 ×　日間 ×　日間				
	特定入院料・その他					
食事	基準	円×　日間 円×　日間	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
合計		点				

（所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。）

上記のとおり領収しました。

令和　　年　　月　　日

医師 住所

氏名