

被保険者

療養費請求書（立替払用）

家族

被 保 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。なお、この金額の受領を(事業所名)に委任します。				
	被保険者証 記号-番号	—	氏名		
	被保険者住所	〒 TEL() — (ポストNo.)			
	所属	TEL() — (内線)			
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	S・H・R	年 月 日生	続柄
	傷病名				
	発病又は負傷の 年月日	平成・令和	年 月 日	午前・午後	時頃
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)			
	傷病の経過				
	診療を受けた 医療機関又は調剤薬局	名称	所在地	TEL() —	
	診療を受けた期間	令和	年 月 日	から	令和
	診療に要した 費用の額	円			
療養費の支給申請理由 ※該当する番号にチェック、 または、詳細理由をご記入 ください。	1. 入社、または扶養家族の追加申請をして間もなく、被保険者証が 届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を携帯していなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由)				

【添付書類】

●次の書類を添付して、月ごと、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。

① 領収書(原本)

② ・医療機関を受診した場合…医療機関発行の診療報酬明細書(レセプト)

※傷病名の記載のない診療明細書等は診療報酬明細書(レセプト)ではありませんのでご注意ください。

※本紙裏面に見本を掲載しております。

・調剤薬局を受診した場合…調剤薬局発行の調剤報酬明細書(調剤レセプト)

※療養費支給証明書が必要な方へ

自己負担分について自治体の医療費助成制度(乳児医療など)に請求される場合などで、
証明書が必要な方は、別途、「健康保険関係証明申請書」(4.療養費支給証明書を選択)を
ご提出ください。療養費支給日以降に証明書を発行いたします。

支 給 決 定 欄	領収書発行日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	給付対象額	円			
	支給決定額	円			

受付印

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。
 (療養費請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)
 事業所から保険給付金として支払われます。

【注意事項】

原本返却希望がありましたら、返送用の封筒(宛先記入、社外便の場合は切手も貼付)を添付し、領収書に「返却希望」とメモをつけていただくよう、お願いいたします。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合
 〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号
 TEL 外線:(082)287-4644 内線:22860

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--

【診療報酬明細書(レセプト)見本】

診療報酬明細書 <small>令和 年 月 分</small>		都道府県 医療機関コード 票番号	1 1社・国 2 2公費 3 3後期 4 4退職 5 5単独 6 6併 7 7家外 8 8本外 9 9六外 0 0高外 1 1高外7	10 9 8 7 ()
氏名	性別	年齢	保険者番号	被保険者証・被保険者番号
傷病名	職務上の事由			
1.1 初診				
1.2 再診				
1.3 医学管理				
1.4 在宅				
2.0 投薬				
3.0 注射				
4.0 処置				
5.0 手術				
6.0 検査				
7.0 画像				
8.0 その他				
請求点数	決定点数	一部負担金額	減額割(四)免除・支払猶予	公費負担点数
公費①				
公費②				

・左上に、診療報酬明細書と記載があります
 ※薬局で発行される場合は、調剤報酬明細書と記載があります。
 ・基本的にA4サイズです

様式第二(二)