

支 給 決 定 伺		支給決定 令和 年 月 日			
法 定 給 付	円	支給割合 : □7 割 □8 割 □9 割			
	円	常務理事	事務長	係	係
	円				

ご自身の記号番号は①～③い
づれかでご確認ください。
①マイナポータル②資格情報の
お知らせ③資格確認書
※保険者番号(06133714)は記
入しないでください。

☒ 療 養 費 (付加金) 申請書
家 族 療 養 費

被 保 険 者 等 記 号 番 号	3	1	1	-	1	0	0	0	1	事業所の 名 称	三井物産株式会社	☐ 任意継続
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和 30 年 4 月 1 日									資格喪失年月日	令和 年 月 日	
療養を受けた方が	その方の 氏 名	健保 花子								生 年 月 日	昭和・平成・令和 3 年 8 月 1 日	
被扶養者であるとき	続 柄	妻										
傷 病 名	椎間板ヘルニア								傷 病 の 原 因	■不詳		
診療を受けた医療機関 の 名 称 ・ 所 在 地	〇〇医院 東京都△△区××1-2-3											
診 療 に 要 し た 費 用	30,000 円								診 断 の 期 間	令和 7 年 11 月 1 日 から 令和 年 月 日 まで 1 日間(診療実日数)		
保険診療を受けられな か っ た 理 由	・装具製作所が保険医療機関ではないため ・医療機関等で健康保険の資格を確認できなかったため ・以前加入していた健康保険を誤って使用してしまったため 等											
負傷原因の第三者行為 「該当」「非該当」の別/ 「該当」の場合 加害者 の 住 所 ・ 氏 名	負傷原因は第三者行為に ☐ 該当 ☒ 非該当 (「該当」の場合には加害者の住所・氏名を記載してください。)											
被 保 険 者	上記の通り申請します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 年 月 日											
	被 保 険 者 の 住 所	〒 〇〇〇 - × × × × 東京都△△区〇〇町 1-2-3										
	氏 名 (フ リ ガ ナ)	健保 太郎(ケンポ タロウ)										
	日中連絡の取れる電話番号	090-〇〇〇〇-××××										
委任状(退職後の任意継続 の方以外は記入お願いします)	法定給付の受領を 在籍している事業所 に行いたします。 被保険者 健保 太郎 ※下段に被保険者氏名をご記入ください。											
領 収 証 (原 本) 返 却 希 望	有 ・ ☒ 無	* 医療費控除の適用を受ける場合は、領収証原本を返却いたしますので「有」に○印をお付けください。(必ず申請時にご指定ください。受理後の返却要請には応じられません。) なお、返却は国内住所宛または三井物産社内便のみとなりますので予めご了承ください。										

被保険者等記号 311～361 の方
は必ずご記入ください。委任状が
空欄の場合は支給手続きが行え
ないため返戻となります。

- * 太枠内にご記入ください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続の方は□にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名・被保険者名をご記入ください。なお、任意継続の方は記入を要しません
- * 傷病の原因がはっきりしないときには「不詳」にチェックを入れてください。

受 付 印