

(一方を○で囲んでください)

みずほ健康保険組合 御中

① 提出日

令和 年 月 日

被 保 険 者 (申 請 者) の 記 入 欄	② 被保険者等	記号	番号	③ 氏名							
	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日						
	⑤ 住所 電話番号	〒				連絡先(昼間)の電話番号 ()					
	⑥ 事業所名称				⑦ 所属部室店						
	⑧ 対象者が家族の場合は その方の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳		
	⑨ 傷病名										
	⑩ 発病の原因及び経過	いつ	令和	年	月	日	()	曜日	午前 午後	時頃	
		どこで	何をして								
		A 業務(通勤)中ですか	はい ・ いいえ → 「はい」の場合はBへ								
		B 業務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	はい ・ 請求中 ・ 未請求								
		傷病の原因は他人の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。		はい ・ いいえ		「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。					
	⑪ 診療を受けた 医療機関等の	名称	医師等の氏名								
		所在地									
⑫ 療養費支給申請の理由	<input type="checkbox"/> ① 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> ② 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> ③ 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> ④ その他() <input type="checkbox"/> ⑤ 治療用装具、弾性着衣等、治療用眼鏡等を作成・購入したため										
● 上記申請理由①②③④の場合はご記入ください。											
⑬ 診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	日数	日	区分	入院 入院外		
⑭ 療養に要した費用の額 (領収書の額)	円	⑮ 診療の内容									
● 上記申請理由⑤の場合はご記入ください。											
⑯ 装具の名称											
⑰ 装具等の装着指示日 (医師に指示を受けた日)	令和	年	月	日	⑱ 装具等装着確認日	令和	年	月	日		
⑲ 装具等購入日(領収日)	令和	年	月	日	⑳ 装具等金額 (領収書の額)	円					
㉑ 照会等の同意	私は、健康保険法に基づく私に対する本給付の支給可否決定に関する調査のため、みずほ健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び傷病に関わった団体等に対してみずほ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、みずほ健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。なお、本書の写しも有効と致します。 みずほ健康保険組合 理事長 様 令和 年 月 日 受診者署名 受診者が中学生以下の場合は保護者の自署と受診者との続柄 保護者署名 (続柄)										

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

【添付書類および注意事項】

添付書類は全て原本です。

療養費の対象となるもの	添付書類
①②④ やむを得ず自費で診療を受けたため ※1	・ 領収書 ・ 医療機関や調剤薬局で発行されたレセプト※2(診療報酬明細書または調剤報酬明細書) ・ レセプトの発行が困難な医療機関の場合は、別紙「領収(診療)明細書(立替払用)」の添付でも可。 みずほ健保のホームページより印刷してください。
③ 前の保険者(国民健康保険等)で資格喪失後に受診し、返還した医療費を申請するため ※1	・ 返還金領収書または納付書 ・ 以前の保険者より発行されたレセプト※2(診療報酬明細書または調剤報酬明細書)
⑤ 治療用装具(コルセット等)を作成したため	・ 領収書(領収書とは別に明細書がある場合はその明細書も添付) ・ 保険医の「治療用装具製作指示装着証明書」または「意見書」等 ・ 靴型装具作成の場合は当該装具の写真の添付を求める事があります。
⑤ 9歳未満で小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを作成したため	・ 領収書 ・ 眼科医の「治療用眼鏡等の作成指示書」
⑤ 四肢リンパ浮腫用弾性着衣を購入したため	・ 領収書 ・ 保険医の弾性着衣等の装着指示書

※1 医療機関毎、月毎に申請書を作成してください。(例:医療機関、調剤薬局では別申請となります)

※2 レセプト(診療報酬明細書)とは領収書と一緒に発行される明細書ではありません。

※2 ご参考

レセプト(診療報酬明細書)とは、このようなものです。

This form is titled '診療報酬明細書 (医科入院外)'. It includes fields for patient information, insurance details, and a detailed table of medical services provided. A red box highlights the '医療機関受診の場合' (Medical Institution Consultation Case) section.

This form is titled '調剤報酬明細書'. It includes fields for patient information, insurance details, and a table for recording pharmacy services. A red box highlights the '調剤薬局受診の場合' (Pharmacy Consultation Case) section.

《注意事項》

- ・ 病院と調剤薬局の立替払いの申請は、それぞれ別々に申請書を作成してください。
- ・ 領収書の宛名は受診者名(フルネーム)が記入されているか確認してください。
- ・ 他人の行為による負傷の場合は、第三者行為の傷病届が必要です。健保までご連絡ください。

【送付先】

- ・ 行内メール ⇒ 行内メール番号:150000 大手町本部ビル気付 24階 みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
- ・ 郵便 ⇒ 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛