

被保険者 療養費支給申請書  
 家族

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) が 記 入 す る と こ ろ	該当に○	被保険者 ・ 被扶養者 立替払等 ・ 治療用器具 ・ その他( )										
	被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者 氏名・印			フリガナ					Ⓜ	
		番号	生年月日			昭和・平成		年		月		日
	現住所 ・電話番号	(〒 - ) 電話番号 ( )										
	事業所名											
	家族が受診し た場合	フリガナ	氏名			続柄		生年月日				
								昭和 平成		年		月
	傷病名				発病または 負傷の年月日		平成		年		月	日
	発病の原因および その経過 (負傷の場合は「負 傷原因記入欄」に 記入してください)	傷病は第三者の行為、交通事故、ケンカ等によるものですか？※1 はい・いいえ										
	診療を受けた 医療機関	名 称			所 在 地			診療した医師等の氏名				
	診療を受けた期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	日数	日
	診療に要した 費用の額	円										
	診療の内容											
	健康保険で受診 できなかった理由											

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 農協 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他( ) 出張所									
	預金種別	1.普通	3.別段	口座番号							左づめで ご記入ください
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)。									
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。平成 年 月 日 Ⓜ 住所「被保険者(申請書)が 氏名・印 押印省略不可 記入するところ」の住所と同じ									
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) 電話 ( ) 住所 氏名・印 Ⓜ									

※1 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。健保組合にお問い合わせください。

被保険者証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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印
-------

**負傷原因記入欄**

負傷の原因について記入してください(該当する□にチェックを記入してください)。

被保険者が記入するところ	<p><b>【負傷日時・場所等】</b></p> <p>1.いつケガ(負傷)をしましたか。 平成 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/>午前・<input type="checkbox"/>午後 時 分頃</p> <p>2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/>出勤日 <input type="checkbox"/>休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>3.ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/>勤務時間中 <input type="checkbox"/>通勤途中(<input type="checkbox"/>出勤・<input type="checkbox"/>退勤) <input type="checkbox"/>出張中 <input type="checkbox"/>私用 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/>会社内 <input type="checkbox"/>道路上 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>5.ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/>スポーツ中(<input type="checkbox"/>職場の行事 <input type="checkbox"/>職場の行事以外) <input type="checkbox"/>動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 )</p> <p>あてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/>有 → <input type="checkbox"/>あなたは被害者 <input type="checkbox"/>あなたは加害者 <input type="checkbox"/>無</p>	<p><b>【受診した医療機関】</b></p> <p>6.診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/>治ゆ <input type="checkbox"/>治療中</p> <p>病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/>治ゆ <input type="checkbox"/>治療中</p> <p>7.負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>
--------------	--	--

(添付書類)

●治療用装具

①コルセット	・医師の証明書(装着指示・意見書)の原本
②弾性着衣等	・装具内訳明細及び領収書の原本
③小児治療用眼鏡	・医師の眼鏡作成指示書の原本 ・装着者の氏名入り領収書の原本

●立替払い

保険証不携帯 または返還請求時	・診療報酬明細書(レセプト) →医療機関で交付を受けてください ・領収書の原本
--------------------	---