

常務理事	事務長		

被保険者
健康保険 家族 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書種別	受付年度		通番				グループ						
				昭和 平成 令和	年	月	日	05	令和	※年	※					※					
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)				事業所の		名称													
		印						所在地													
被保険者(申請者)の住所		郵便番号	(フリガナ)				都道府県		電話		()										
		[受取人情報]/[被保険者情報]																			
療養が被扶養者に関するときは、その方の		被扶養者の氏名				被扶養者の生年月日				被保険者との続柄		被扶養者番号									
						昭・平・令				年		月		日		※					
傷病名										発病又は負傷年月日(療養開始日)											
										年		月		日							
発病(負傷の場合は、負傷原因記入欄を記入してください)の原因および経過										第三者の行為によるものですか											
										□ はい		□ いいえ		「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。							
診療を受けた病院等の		名称				所在地				診療した医師の氏名											
診療の期間(支給期間)				入院・入院外の別		入院の場合、左記の入院期間				診療に要した費用の額											
自		年		月		日		日数		1:入院外		自		年		月		日		日数	
至		年		月		日		日		2:入院		至		年		月		日		日	
																				円	
診療の内容										療養の給付を受けることができなかった理由											
備考																					
請求年月日				特別支給コード		申請区分				参加要否		回数		診療日							
7 年 月 日						1:証交付前の受診 2:証持参できず 3:治療用装具 4:柔道整復 7:その他立替払 8:伝染病 9:生血				0:行わない 1:行う		7		年 月 日							
同意日				同意区分		支給日数		不支給理由		海外表示		第三者		98条該当		公費区分					
7 年 月 日				0:初回 1:再同意						0:国内 1:海外		0:なし 2:あり		0:非該当 1:該当		0:非該当 1:該当					
診療費用				診療支給額		食事回数		食事療養費		食事負担額		支払方法		受取人住所区分							
円				円				円		円		2:個人払い 1:その他		0:本人 1:代理人							

振 込 希 望 口 座	1 金融機関										
	金融機関コード					銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
	※					信連・信漁連 農協・漁協					本所・支所 本店・支店
	預金 種別	1:普通 2:当座	3:別段 4:通知	口座 番号						口座 名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
	被保険者 住 所 (申請書) 氏 名					(印)				
	受 取 人 情 報	代理人の 氏名と印					委任者と 代理人 との関係			
(フリガナ)					電話 ()					
	代理人の 住 所					()				

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する口に(☑)してください。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所等]					[受診した医療機関]				
	1.いつケガ(負傷)をしましたか。 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 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・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他() 3.ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤時間中(<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() 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() 5.ケガをした原因で次にあてはまる場所がありますか。 <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) <input type="checkbox"/> あてはまらない 6.「上記5」に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"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは加害者					7.診療を受けた医療機関とその機関等 医療機関名 _____ 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 治癒中 医療機関名 _____ 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 治癒中 8.負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>				
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。					9.被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有・ <input type="checkbox"/> 加入無					

令和 年 月 日提出

受付日付印