

療養費支給申請書記入例(立替払等の場合)

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	
1	0	1		昭和	年	月	日	0	5	令和	※	※		※		
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ) ケンポ タロウ				事業所の		名称		きつこう会健康保険組合						
被保険者(申請者)の住所		郵便番号		(フリガナ) オオサカフ オオサカシ ミナトク ミナシオカ1-6-18 メゾンアンジュ2222		大阪		都道府県		大阪市港区南市岡1-6-18		メゾンアンジュ2222				
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				
健保 花子		昭平・令				5 1 1 0 2 2				妻		※				
傷病名										発病又は負傷年月日(療養開始日)						
感冒										0 1 0 6 0 6						
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						
咳がひどく、発熱したため、受診した。										<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>「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。</small>						
診療を受けた病院等の		名称		所在地				診療した医師の氏名								
多根総合病院		大阪府大阪市西区九条南1-12-21				保健 五郎										
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	①入院外		自	年	月	日	5,300						
至	年	月	日	2:入院		至	年	月	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						
点滴を受け、薬を処方された。										入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため。						
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				〇〇		銀行 金庫 信組		〇〇		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	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		

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)										
	代理人の氏名と印	(フリガナ)						委任者と代理人との関係	(印)		
代理人の住所	(〒 -)						電話	()			

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□に(☑)してください。)

被保険者が記入する	[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 1年 7月 6日 (土曜日)											7.診療を受けた医療機関とその機関等 医療機関名 多根総合病院										
	□午前・☑午後 2時30分頃											平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・☑ 治癒中										
	2.ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの日でしたか。											医療機関名										
	□出勤日・☑休日(定休日・休暇含む)											平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・□ 治癒中										
	□その他()											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。										
	3.ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。											友人とテニスをしている際に足をくじき転倒した。										
	□勤務時間中・□通勤時間中(□出勤・□退勤)																					
	□出張中・☑私用・□その他()																					
	4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。																					
□会社内・□道路上・□自宅																						
☑その他(公園(テニスコート))											9.被保険者が代表取締役等役員の方の場合											
5.ケガをした原因で次にあてはまる場所がありますか。											労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有・□ 加入無											
□交通事故・□暴力(ケンカ)																						
☑スポーツ中(□職場の行事・☑職場の行事以外)																						
□動物による負傷(飼い主 □ 有・□ 無)																						
□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 □ 有 → { □ あなたは被害者																						
☑ 無 { □ あなたは加害者																						
※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。																						

令和 年 月 日提出

受付日付印