

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
		住所	(〒 —)		都	道	市
	電話番号(日中の連絡先)	TEL	()	府	県	区	

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所	
	預金種別	1. 普通	口座番号
	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。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

【2】の場合は必ず記入・押印をしてください。(押印省略不可)

委任欄	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。 令和 年 月 日	
	代理人(口座名義人)	氏名・印 (〒 —) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・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別途必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日	から 年 月 日	まで 日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日	から 年 月 日	まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			

【添付書類】

- 診療に関する申請
 - ① 10割負担した場合「医療機関が作成した診療明細書+領収書原本
 - ② 以前加入していた健康保険へ支払した場合
「開封厳禁等の記載された診療報酬明細書(未開封)+その支払をした領収書原本
- 輸血に関する申請
「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書(輸血回数が記載されたもの)と領収書原本(血液にかかる費用等の内訳が記載されたもの)」

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)					
氏名	(フリガナ)					

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)					
	傷病名						
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)					
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <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					
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、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	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。			
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは加害者				
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。							
治療経過	令和	年	月	日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	令和	年	月	日	から	令和 年 月 日	

受付日付印