

健康保険 被保険者家族療養費支給申請書(治療用装具)

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 <small>(原因および経過)</small> 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 装具等の装着について指示を受けた日	令和 年 月 日	8 装具装着日	令和 年 月 日
	9 療養に要した費用の額	_____ 円		
	10 診療の内容			
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			

【添付書類】

領収書原本(装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別費用額・義肢装具士の氏名(押印可)が記載されているもの)

- 装具作成の申請・・・「医師の意見書および装具装着証明書」
- 弾性着衣の申請・・・「弾性着衣等装着証明書」
- 9歳未満の小児弱視等治療用メガネ・・・「医師の眼鏡等作成指示書」

ケガなど、外傷性の負傷の場合はこちらの書類もご提出下さい。

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	枝番	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	(フリガナ)			事業所名				
				※派遣社員の場合、就業先ではなく「派遣元の会社」を記入				

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"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他()	
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <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"/> 授業 <input type="checkbox"/> 部活動・クラブ <input type="checkbox"/> 大会) <input type="checkbox"/> いずれにもあてはまらない	
	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"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者
負傷状況 ※負傷した状況が分かるようにご記入ください。未記入の場合は受理できません。			
治療期間について	<input type="checkbox"/> 治癒した (通院期間: 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 医師の指示による治療期間 (令和 年 月 日頃治療終了予定) <input type="checkbox"/> 経過観察中 (次回受診予定: 令和 年 月 日頃) ほか、治療・受診について医師からの指示があれば以下の余白にご記入ください。 []		

※通勤災害・労働災害は健康保険の対象外です。
本書を健康保険組合にご提出頂くとともに会社のご担当者様にご報告下さい。

※以下の行為は健康保険の給付対象外です。
・酒酔い運転、酒気帯び運転、無免許運転等自己の故意による犯罪行為や、自殺未遂による治療費等故意により給付事由を生じさせた場合 (健康保険法第116条)
・暴力やケンカを含む闘争、泥酔など著しい不行跡 (健康保険法117条)
給付対象外の治療に健康保険を使用した場合、請求が生じる場合がございます。

日研グループ健康保険組合

受付日付印