

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			事業所名		
	住所	(〒	—)	都	道	市
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	区	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

※原則、被保険者宛に支給致します。被保険者名義の口座をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="text" value="1"/> 1. 普通	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	左づめでご記入ください。	
▼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. 事業主

【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 <input type="text"/> (印) 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ (〒 —) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印 <input type="text"/> (印)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄 (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) <input type="checkbox"/> 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、健康保険の資格を確認できるものを持っていなかったため <input type="checkbox"/> 2. 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証(あるいは資格確認書)を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の資格確認書を使用したため <input type="checkbox"/> 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)」

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="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
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(飼い主: <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	※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」、相手がない自損事故は「自損事故による傷病届」の届出が必要です。			
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(健康保険法第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