

A3用紙に印刷

健康保険組合 使用欄	申請区分	1. 立替払い等	1. システム登録前の受診 2. マイナ保険証等持参できず		常務理事		担当上司		担 当		
		2. 治療用装具	装具名								
			装着日	令和 年 月 日							
			支給種別	1. 初回支給 2. 補修 3. 再支給							
	3. 生血	輸血回数	回		受取代理人	海外表示	第三者	98条該当	公費区分		
支給決定額				円	無 ・ 有	1. 国内 2. 海外	1. なし 2. あり	1. 非該当 2. 該当	1. 非該当 2. 該当		

健康保険被保険者家族療養費支給申請書（第 回目）

三谷健康保険組合理事長 殿（立替払等、治療用装具、生血）

被保険者等の記号・番号		記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください										被保険者 (フリガナ)		被保険者の生年月日									
	—													昭・平		年		月		日			
被保険者 (申請者) の住所	郵便番号			(フリガナ)										電話番号(日中の連絡先)									
														— —									
事業所(会社) の名称											事業所(会社) の所在地	TEL — —											
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										
	(フリガナ)										昭和 平成 令和			年			月			日			
傷 病 名												発病または負傷年月日(療養開始日)											
												昭和 平成 令和			年			月			日		
発病(負傷の場合は、右面の「負傷原因記入欄」を記入してください) の原因および経過												第三者行為によるものですか											
												いいえ ・ はい 「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください											
療養を受けた医療機関 等	名 称										所在地				診察した医師の氏名								
立替払い の場合	診療の期間	自	令和			年			月		日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間				日数					
			至	令和			年			月		日	入院 ・ 外来	自	令和			年			月		日
		至	令和			年			月		日	日		至	令和			年			月		日
診療の 内容													診療に要した 費用の額		円								
療養費の 支給申請 の理由	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. マイナ保険証等の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. 治療用装具を作成したため（診療報酬点数表に記載なきため） 5. その他()												装具等の装着 について 指示を受けた日				年			月			日
													装具装着日				年			月			日
振込希望口座	銀行 農協 金庫 信組										本店 支店 出張所												
	預金 種別	普通	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			
	住所 被保険者 (申請者) 氏名			
受取人情報	代理人 の氏名	(フリガナ)	被保険者(申請者)と 代理人との関係	
	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 と こ ろ	【負傷日時・場所等】 1. いつケガ（負傷）しましたか。 令和 年 月 日（ 曜日） ☐ 午前 ☐ 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。 ☐ 出勤日 ☐ 休日（定休日・休暇含む） ☐ 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。 ☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途中（ ☐ 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（ ） 5. ケガ（負傷）をした原因で次にあてはまる場合がありますか。 ☐ 交通事故 ☐ 暴力（ケンカ） ☐ スポーツ中（ ☐ 職場の行事 ☐ 職場の行事外 ） ☐ 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。 ☐ 有 ☐ 無 相手 ☐ 有 ☐ 無 ※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。	【受診した医療機関】 7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 _____ 令和 年 月 ～ 令和 年 月 ☐ 治癒 ☐ 治療中 医療機関名 _____ 令和 年 月 ～ 令和 年 月 ☐ 治癒 ☐ 治療中 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。 9. 負傷した方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。 ☐ 加入有 ☐ 加入無

◎立替払…受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書(原本)」を添付して下さい。

◎装具…「医師の意見書(原本)」と費用の内訳のわかる「領収書(原本)」を添付して下さい。

※靴型装具の場合は、現物の写真を添付してください。(画像プリント可)
(写真撮影の注意点)
・写真は3方向(正面、横、後ろ) および装着状態のものを撮影してください。
・サイズ、ロゴ、商標等の記載がある場合はその部分がよく見えるように撮影してください。
・付属部品等も含めて購入したすべての装具を撮影してください。
・中敷き等(靴に挿入するタイプの装具) がある場合には、靴から取り出した状態で撮影してください。