

健保組合 使用欄	申請区分	1. 立替払い等	1. 証交付前の受診		2. 証持参できず		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						
	3. 生血	支給種別	1. 初回支給	2. 補修	3. 再支給								
支給決定額		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				
		円		無・有	1. 国内	1. なし	1. 非該当	1. 非該当					
					2. 海外	2. あり	2. 該当	2. 該当					

健康保険 被保険者 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)

※個人番号で申請される場合は、備考欄(下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名		(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	
						- -	
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			
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		自 至	令和 年 月 日	日数	診察区分	入院の場合、その入院期間	日数
		令和 年 月 日	日	入院 ・ 外来	自 至	令和 年 月 日	日
治療の内容						診療に要した費用の額	
療養費の支給申請の理由		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. 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) 4. その他()				円	
振込希望口座	銀行		本店				
	金庫		支店				
	信組		出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)		
備考							

※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			
受取人情報	住所	被保険者(申請者)の氏名		被保険者(申請者)と代理人との関係
	代理人の氏名	(フリガナ)		
	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。(該当する口に✓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) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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。 <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"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事外) <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 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 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> 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。 <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 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。