

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			受取代理人	海外表示	第三者	98条該当
			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		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	
支給決定額		円							

# 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		被保険者の生年月日	
郵便番号		(フリガナ)		電話番号	
被保険者(申請者)の住所		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	
傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)		被保険者との続柄	
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		昭 平 和 令 和		年 月 日	
療養を受けた医療機関等		名称		所在地	
立替払いの場合		診療の期間		診療区分	
治療の内容		治療に要した費用の額		円	
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	
振込希望口座		銀行		本店	
預金種別		普通・当座		口座番号	
備考		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			
被保険者(申請者)の住所		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。)	
【負傷日時・場所等】	【受診した医療機関】
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	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
2. ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )	医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中
3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。 <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( )	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。
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( )	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
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。 <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。	

◎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。

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient(Last, First)      Age(Date of birth)      Sex (Male · Female)  
患者名      年齢(生年月日)      性別

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.      )

3. Date of first Diagnosis  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数      days

5. Type of Treatment  
治療の分類

Hospitalization      From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      /      /      至      /      /      (      日間)

Outpatient or Home Visit      /      /      /      /  
入院外      /      /      /      /

6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)  
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)  
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? —————  Yes       No  
治療は事故の傷害によるものですか。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name      Last(姓)      First(名)      Title(称号)

Address      Home(自宅)      Phone(電話)

Office(病院または診療所)      Phone

Date(日付)      Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

---

6. 症状の概要

---

---

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名



---

電話

---

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
健康保険用国際疾病分類表

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
II	Neoplasms 新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema  
皮膚及び湿疹

1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue  
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis  
関節症

1303 Spondylopathies  
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders  
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome  
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions  
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV Diseases of the genitourinary system  
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure  
腎不全

1403 Urolithiasis  
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery  
単胎自然分娩

1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities  
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形

1702 Others  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes  
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture  
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions  
熱湯及び腐食

1904 Poisoning  
中毒

1905 Others  
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.  
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt  
領収明細書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料 \$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$	
(5) Hospitalization	入 院	費 \$	
(6) Consultation	診 察	費 \$	
(7) Operation	手 術	費 \$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費 \$	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬	費 \$	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$	
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 ( 特 記 せ よ )	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.  
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
Date(日付)	Signature(署名)		Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名

印

電話



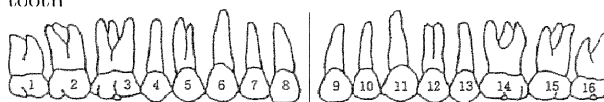
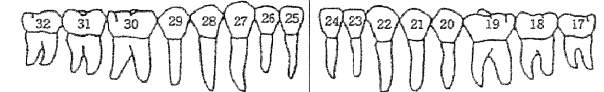
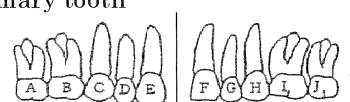
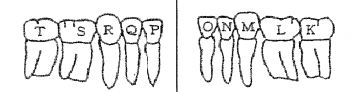
## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

Form C  
様式C

3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

### Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
<b>Permanent tooth</b> (Upper)  (Lower) 		<b>Primary tooth</b> (Upper)  (Lower) 

#### Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
<b>Total 合計</b>					

#### Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

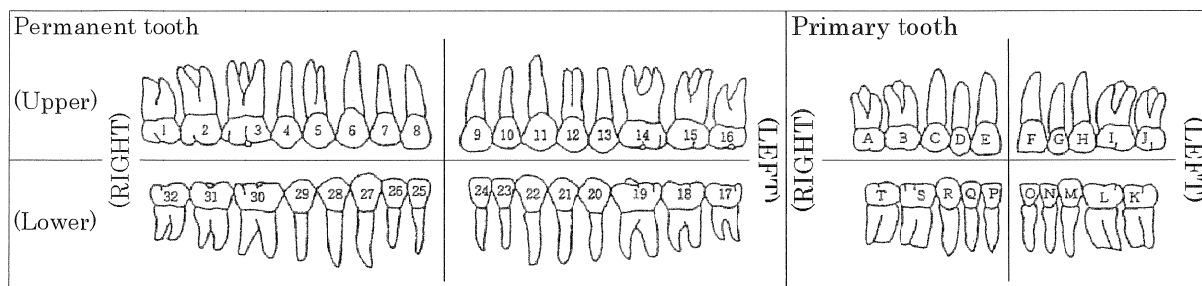
Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date(日付) \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_  
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

印

\_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_

健康保険組合 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. 治療用器具	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	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 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、治療用器具、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)の氏名と印	(フリガナ) ミタニ タロウ	被保険者の生年月日
○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○		三谷 太郎	昭 平	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ) フクイケン フクイシ	〇〇〇 〇-〇-〇	電話番号
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	福井県福井市〇〇〇 〇丁目〇番〇号	福井県福井市〇〇〇 〇丁目〇番〇号	〇〇〇 〇-〇-〇	××××- ××-××××
事業所(会社)の名称	三谷商事株	事業所(会社)の所在地	福井県福井市豊島1-3-1	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 年 月 日	昭 平
※療養費の申請が被扶養者の場合に記入してください。				
傷 病 名		発病または負傷年月日(療養開始日)		
例① 感冒(かぜ) 例② 虫歯、歯周炎		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
例① 咳がひどく、発熱したため受診した 例② 歯が痛かったため受診した				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	
	※診療を受けた病院等の名称・住所・診療した医師の氏名を記入してください。			
立替払いの場合	診療の期間	自 令和 年 月 日	日数	診療区分
		至 令和 年 月 日	入院 自 令和 年 月 日	入院の場合、その入院期間 日数
治療の内容		例① 注射及び薬を処方された 等		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. 治療用器具を作成したため(診療報酬点数表に記載なきため) 4. その他( 海外に赴任しているため )		円
振込希望口座	銀行		本店	支店
	預金種別	普通・当座	〇〇	〇〇
口座番号		〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義	(フリガナ) ミタニ タロウ
三谷 太郎				
備 考				

自動車の事故、殴打刺傷などの、第三者の行為によってケガや病気をした場合は、「はい」にチェックしてください。

※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		住所		令和 年 月 日
被保険者(申請者)の氏名		被保険者名義以外の口座に振込みを希望される場合は、この欄にご記入いただき、上記の振込口座には、代理人名義の口座を記入してください。		
受取人情報	代理人の氏名と印	(フリガナ)	代理人の住所	電話
	(印)	(〒 - )		- -

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

【負傷日時・場所等】		【受診した医療機関】	
1. いつケガ(負傷)しましたか。		7. 診療を受けた医療機関名とその期間等	
令和 年 月 日		令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
2. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
3. 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"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
<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		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
4. 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"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
<input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 暴行(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		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
5. 「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。		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
<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		<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇	
※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。		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。  
◎器具…「医師の見書(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。