

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		(フリガナ)		
	—		昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者 氏 名		
	事業所	名 称					
		所在地					
	療養が被扶養者に関する時は、その者の		氏 名	生 年 月 日		被保険者との続柄	
				年 月 日			
	被保険者の住所		(フリガナ) 〒				
	傷 病 名				発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日	
	発病の原因及びその経過 ※該当する□に ✓をしてください。		<input type="checkbox"/> 病 気	原因及び経過			
			<input type="checkbox"/> ケ ガ	※次ページの負傷原因届を添付してご提出ください。			
		<input type="checkbox"/> 第三者行為	※別途届出が必要なため事前に健保組合までお問い合わせください。				
診療又は手当を受けた医療機関の名称及所在地		名 称					
		所在地					
療養を受けることが出来なかった理由				診療又は手当に要した費用の額	円		
コルセット・ギブス等に関する申請のとき		装 着 年 月 日		装着日に入院していたかの有無 (○で囲む)			
		令和 年 月 日		入院していた ・ 入院していない			

※治療用装具に関する申請の時は、装具が治療のために必要と認めた医師の証明書(原本)・領収書(原本)及び別紙の装具作成確認書を添付してご提出ください。

※立替払いの場合は、別紙の領収(診療)明細書に証明を受けるか、又は、診療報酬明細書(レセプト)の交付が受けられる場合は、診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)を添付してご提出ください。

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。	
	令和 年 月 日	
	住所	被保険者の
	氏名	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(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必要です。)

備 考 欄	
-------	--

# 負 傷 原 因 届

被 保 険 者 記 号 番 号	—	被 保 険 者 氏 名		
負 傷 者 氏 名		続 柄		
<b>1. 負傷年月日および時間</b>				
平・令	年	月 日 ( ) 曜日	午前・午後 時 分頃	
<b>2. 負傷したときは</b>				
出勤前・通勤途上(出勤時・帰宅時)・会社内(勤務中・休憩中) 退社後・会社の用務中・休日・その他( )				
<b>3. 負傷場所(市区町村番地、何某宅等負傷した場所を詳しく)</b>				
<b>4. 負傷したときの状況(出発点、行き先、用件等どうして負傷したのか詳しく)</b>				
<b>5. 負傷の原因は第三者の行為によるものですか</b>				は い ・ いいえ
<b>6. 負傷の原因を医師に話しましたか</b>				は い ・ いいえ

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日

住 所

被 保 険 者 氏 名

連 絡 先

第三者の行為による負傷については「第三者行為による被害届」も提出してください。

記入方法等不明な点がありましたら 052-321-3110 までお問い合わせください。