

支給決議書			常務理事	事務長	担当者
受付年月日	令和 年 月 日	資格取得	記入例		
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失			
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】			
療養費査定書					
項目	点数	単価	請求金額	査定点数	査定額
科目	支給額	備保使用欄	支給額	備考	
療養費	円	療養費	円	円	円
自己負担額	円	自己負担額	円	円	円
一部負担還元金	円	家族療法付加金	円	円	円
款	項	目	支給額		
保険給付費	法定給付費	療養費	円		
		第二家族療養費	円		
		高額療養費	円		
	付加給付費	一部負担還元金	円		
		家族療養付加金	円		

該当しない方に二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年齢
		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	昭和平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 歳
	氏名	(フリガナ) 〇〇 〇〇〇		事業所/所属先	〇〇〇〇(株) 〇〇〇〇〇〇支店
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 都道府県 〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号			
電話番号	【自宅】 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		【携帯】 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

振込先指定口座	金融機関名	金融機関コード 〇〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 []	支店コード 〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。	
	口座名義	(カタカナ)	こちらを記入された場合は「受取代理人欄」必ず記入してください。		

該当する場合は記入してください。

受取代理人の欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	住所 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) [TEL] 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	被保険者と代理人との関係
	氏名	〇〇 都道府県 〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	〇

委任状欄	被保険者(申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 〇〇年 〇月 〇日
	事業主名	氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇(株)代表取締役〇〇〇〇	必ず記入してください *退職された方は、委任状欄の記入は不要です。	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	受付日付印
<p><当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。></p> <p><マイナンバーを記入した場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆本人確認書類の添付が必要です。 ◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。 	

該当しない方に
二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族 療養費 支給申請書
(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名	〇〇 〇〇〇
--------	--------

申請内容	1 受診者	被保険者 〇〇 〇〇〇 家族(被扶養者)
	1-① 家族の場合はその方の	氏名 〇〇 〇〇〇 生年月日 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成
	2 傷病名	〇〇〇〇〇〇病 3 発症または負傷年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 1. 病 気 → 発病・負傷原因は詳しく記入してください。 2. け が → *「負傷原因届」を必ず添付してください。
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 〇〇〇〇〇病院 所在地 〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号 診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
		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 0 0 0 0 0 から 年 月 日 0 0 0 0 0 まで 日数 〇〇 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 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日 0 0 0 0 0 8 装具装着日 (令和) 年 月 日 0 0 0 0 0
	9 療養に要した費用の額	〇〇, 〇〇〇 円
	10 診療の内容	
11 療養費の支給申請の理由	1 治療用装具を作成したため 2 治療用メガネを作成したため	

《添付書類》

●「領収書」および「作成指示書」の原本

※治療用メガネの場合の作成指示書は写し可

※靴型装具の場合、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)

健康保険 負傷原因 届

被保険者（届出者）・事業主記入用

記入例

《療養費支給申請書への添付用》

被保険者（申請者）情報

被保険者証の
記号と番号

〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

氏

〇〇 〇〇〇

**業務災害・通勤災害の場合は、
必ず事業所へ提出してください。**

申請書2枚目の4で「けが」と
場合は、必ずこの「負傷原因届」を
さい。

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	
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む口を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターシップ等 <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> その他	労災保険に特別加入 していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
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 checked="" type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道）	
負傷場所	会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（	
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものが 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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外） <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	
上記にあてはまる原因がある場合は、 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 「第三者行為による負傷届」の 届け出が必要です。
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。		
治療経過	令和 年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
治療期間	令和 年 月 日 から令和 年 月 日まで	

全ての項目を記入してください

※業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。

事業主欄	事業所の労災適用	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中	社員総数	名	担当者氏名
	業務（通勤）災害 該当の確認	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 →	「無」の場合、その理由		〇〇
	事業所所在地	（〒 - ）			
	事業所名				
	事業主氏名				
	電話番号	（ - ）			
		記入日	令和 年 月 日		

必ず記入

事業主が記入

上記、本人の申し立てのとおり 業務災害 通勤災害 に相違ないことを認めます。