

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	記入例		
承認年月日	令和 年 月 日	資格表			
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】		任継加入	任継未加入
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	療養費	療養費	支給額	備考
療養費	査定額の割	療養費	療養費	査定額の割	
自己負担額	査定額の割	自己負担額	自己負担額	査定額の割	
一部負担還元金		家族療養付加金	家族療養付加金		
款	項	目	支給額		
保険給付費	法定給付費	療養費			
		第二家族療養費			
		高額療養費			
	付加給付費	一部負担還元金			
		家族療養付加金			

該当しない方に二重線を引いてください。

健保使用欄

健康保険 ~~被保険者~~ 家族 海外療養費 支給申請書 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		【携帯】 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

振込先指定口座	*被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。				
	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 []	支店コード	〇〇〇〇 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)	該当する場合は記入してください。			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。

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	(〒 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
	住所	〇〇 都道府県 〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	氏名

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	退職していない被保険者が請求する場合のみ記入	必ず記入してください。	
		〇〇〇〇(株) 代表取締役 〇〇〇〇	*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)

＜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。＞

＜マイナンバーを記入した場合＞

- ◆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。

受付日付印

該当しない方に

健康保険

~~被保険者~~
家族

海外療養費

支給申請書

1

2

被保険者（申請者）記入用

《添付書類》

●領収書の原本

被保険者氏名	〇〇〇 〇〇〇〇
--------	----------

申請内容	1 受診者	被保険者		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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	2 傷病名			3 発症または負傷年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	4 発病の原因および経過（詳しく）	1. 病 気		わかる範囲で記入してください。		
		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	所在地	診療した医師等の氏名		
	国名	〇〇〇〇〇〇病院	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇		
		名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	6-① 上記の期間にしていたはその期間	（令和）年 月 日	から	（令和）年 月 日	まで	日数 〇〇 日
	7 療養に要した費用の額	〇〇〇		（〇〇〇〇ドル）通貨単位を記入してください。（例：アメリカドル）		
8 診療の内容	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
9 受診者の情報	<p>受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。</p> <p>はい ↓</p> <p>いいえ ↓ 海外在住の理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ●渡航期間（令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日） ●渡航目的 海外在住の理由 <p>〇〇〇〇〇〇</p>					

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	療養費支給申請書の枚目の4で「けが」と 必ずこの「負傷原因届」を
	氏名	(フ)	

**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。**

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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道)		
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 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 から平成 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 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 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

上記、本人の申し立ての通り 業務災害 通勤災害 に相違ないことを認めます。

事業主が記入

必ず記入