

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	資格取得日	平成 令和 . .			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 . .			
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	備考
科目	支給額	備考	科目	支給額	備考	
療養費	円	査定額の割	療養費	円	査定額の割	
自己負担額	円	査定額の割	自己負担額	円	査定額の割	
一部負担還元金	円		家族療法付加金	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

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

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
		—		昭和 平成	歳
	氏名	(フリガナ)		事業所/所属先	
	住所	(〒 —)	都 道 府 県		
電話番号	【自宅】 ()		【携帯】 ()		

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	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	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」を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	(〒 —) 【TEL】 ()	住所	都 道 府 県	被保険者と代理人との関係
	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 年 月 日
	事業主名	氏名 _____	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
			*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) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: red;">◀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>	受付日付印
--	-------

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

＜添付書類＞

●領収書の原本

*申請理由が「3」の場合、従前保険者へ支払った後に発行される、診報酬明細書を開封せずに添付してください。
(診報酬明細書は開封厳禁です)

被保険者氏名				
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	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発症または負傷年月日 平成 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病 気 → 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
		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	から	年 月 日 まで 日数 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 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容				
9 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 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため (理由) ④ その他 ()			

健康保険 負傷原因 届

被保険者（届出者）・事業主記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者証の記号と番号	—
	氏名	(フリガナ)

＜療養費支給申請書への添付用＞

療養費支給申請書2枚目の4で「けが」と回答された場合は、必ずこの「負傷原因届」を添付してください。

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 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		

※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		
	事業所所在地	(〒 —)		記入日	令和 年 月 日
事業所名	上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に相違ないことを認めます。				
事業主氏名					
電話番号	()				