

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】 <input type="radio"/> 任継加入 <input type="radio"/> 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	備保使用欄	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		家族療養付加金	円		
款	項	目	支給額			円
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
		一部負担還元金				円
		付加給付費				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 (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
		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		事業所/所属先	
		〇〇 〇〇〇	〇〇〇〇 (株) 〇〇〇〇〇支店		
住所	(〒 〇〇〇 - 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	金融機関名	金融機関コード	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 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」を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) 〇〇 〇〇	都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	被保険者と代理人との関係	〇
	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	氏名	〇〇〇 〇〇〇	「被保険者（申請者）」欄を必ず記入してください。	
		退職していない被保険者が請求する場合のみ記入		*退職された方は、委任状欄の記入は不要です。	
		〇〇〇〇 (株) 代表取締役 〇〇〇〇			

「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
<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。		

該当しない方に

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

＜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 ○○年 ○○月 ○○日 平成 ○○年 ○○月 ○○日
	2 傷病名	○○○○○○○病		3 発症または負傷年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和 ○○年 ○○月 ○○日
	4 発病の原因および経過（詳しく）	1. 病 気	（原因および経過） 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	所在地	診療した医師等の氏名	
		○○○○○病院	○○区○○丁目○○番○○号	○○ ○○	
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
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
	0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0		
7 療養に要した費用の額	○○, 000 円				
8 診療の内容	○○○○○○○○○○○○○○				
9 療養費の支給申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> 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 4 その他 (理由) 				

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

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

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	

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	<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害		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、 事業主が記入 に相違ないことを認めます。			
事業主氏名	()			
電話番号	()			

必ず
記入

事業主が記入