

決議 No.	常務理事	事務長	係

受付	年 月 日	決裁	平成 年 月 日	支払	平成 年 月 日			
支給額	円	被照 扶合 養者 者印	資格	得喪	昭和 平成 年 月 日 年 月 日	任継 資格	得喪	平成 年 月 日 平成 年 月 日
給付区分	療養費・補装具	負担割合	1. 一般 2. 就学前 3. 高齢1割 4. 高齢2割 5. 高齢3割			対象月年齢	歳	
計算基礎								

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	記号 番号	被保険者の勤務する 事業所の名称	
	被保険者の 氏名・印	(フリガナ) <small>※氏名を自書された場合は捺印不要です</small>		生年月日 昭和 平成 年 月 日
	被保険者の 住所	〒 TEL		
	療養が被扶養者に 関するときはその者の	氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	負傷の原因は第三者 の行為によるものか		はい・いいえ
	発病または 負傷原因 及びその 経過	[負傷日時・場所等] 平成 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 1. けが(負傷)をした日は次のどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()		4. けが(負傷)をした原因は次のどれにあたりますか。 <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"/> 慢性的 <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
		2. けが(負傷)をした時間帯は次のどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・ <input type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他()		5. 「上記4.」にあてはまる場合、あなたは次のどれにあてはまりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者・ <input type="checkbox"/> 加害者・ <input type="checkbox"/> 相手無
		3. けが(負傷)した場所は次のどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。 〔 〕
		負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは第三者の住所・氏名		
	診療を受けた 病院等	名称 所在地	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間
入院・通院 の区分	入院・通院	診療等に 要した費用	左記の 支払年月日 平成 年 月 日	
療養の給付を受け られなかった理由 (該当に○印)	1. 治療用装具装着 2. 保険証不携帯 3. その他 理由:〔 〕			

※療養の給付を受けられなかった理由が

1の場合：医証・見積書・請求書・領収書（すべて原本）を添付してください。

◎靴型装具作成の場合は専用台紙に画像を貼付のうえ提出してください。

2および3の場合：診療報酬明細書・領収書（すべて原本）を添付してください。