

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) ----- ①		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"/> 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 日間 至平成 年 月 日	
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。
- 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。