

健保記入欄	保険給付費支給決定と支払同		起案	
	総支給額	金	円	取得
	支給期間	日	不支給期間	日

記入例

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 立替払い等・治療用装具 )

【添付書類】  
立替払いの申請をする場合・・・「診療報酬明細書（レセプト）」及び「領収書（原本）」  
治療用装具の申請をする場合・・・「医師の意見書および装着証明書（原本）」  
「領収書（原本）」  
「器具作製確認書」  
「器具の写真」  
「同意書」  
負傷の原因が交通事故の場合・・・「交通事故に関する書類一式」、第三者の行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」

	①被保険者証記号番号	記号	1000	番号	00	②被保険者(申請者)氏名及び印	健保 一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>																				
	③ 事業所名称	情報サービス株式会社																									
	④被保険者(申請者)住所	〒460-0000 名古屋市中区錦〇〇-×× Tel ( 052 ) 〇〇〇 - ××××																									
	⑤療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名	健保 花子		生年月日	昭平 60・1・1	続柄																					
	⑥ 傷病名	右足捻挫		⑦発病または負傷年月日	昭和・平成 29年 4月 30日																						
	⑧発病の原因および経過(負傷の場合は下記も記入してください)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">(1)いつ負傷をしましたか</td> <td>平成 29年 4月 30日</td> <td>日曜日</td> <td>午前・午後 10時頃</td> </tr> <tr> <td>(2)負傷した日はどのような日でしたか</td> <td>出勤日</td> <td>休日(公休日・有給など)</td> <td>その他( )</td> </tr> <tr> <td>(3)負傷したときはどの時間帯ですか</td> <td>勤務時間中</td> <td>通勤途中</td> <td>出張中(私用)その他( )</td> </tr> <tr> <td>(4)負傷した場所はどこですか</td> <td colspan="3">自宅の階段</td> </tr> <tr> <td>(5)負傷した原因を詳しく記入してください</td> <td colspan="3">清掃中、滑って階段から転落した</td> </tr> </table>						(1)いつ負傷をしましたか	平成 29年 4月 30日	日曜日	午前・午後 10時頃	(2)負傷した日はどのような日でしたか	出勤日	休日(公休日・有給など)	その他( )	(3)負傷したときはどの時間帯ですか	勤務時間中	通勤途中	出張中(私用)その他( )	(4)負傷した場所はどこですか	自宅の階段			(5)負傷した原因を詳しく記入してください	清掃中、滑って階段から転落した		
(1)いつ負傷をしましたか	平成 29年 4月 30日	日曜日	午前・午後 10時頃																								
(2)負傷した日はどのような日でしたか	出勤日	休日(公休日・有給など)	その他( )																								
(3)負傷したときはどの時間帯ですか	勤務時間中	通勤途中	出張中(私用)その他( )																								
(4)負傷した場所はどこですか	自宅の階段																										
(5)負傷した原因を詳しく記入してください	清掃中、滑って階段から転落した																										
	⑨ 診療を受けた病院等	名称	情報整形外科		諸手当に要した費用の額	12,800円																					
		所在地	名古屋市中区栄〇〇-××																								
	⑩立替払いの場合	自	29年 4月 30日	日数	入院・入院外の別	入院	自																				
	診療の期間(請求期間)	至	29年 4月 30日	1日	1.入院 2.入院外	期間	至																				
	⑪治療用装具の場合	医師の作製指示日・装着日	平成 年 月 日		装着日	平成 年 月 日																					
	⑫ 治療の内容	検査・固定処置等																									
	⑬療養の給付を受けられなかった理由	健康保険加入手続き中で、手元に保険証が無かったため。																									
委任状	請求金額の受領を下記の者に委任します。 平成 29年 5月 10日 被保険者氏名 健保 一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> 委任されたもの 事業所所在地 名古屋市中区錦〇〇-△△ 事業所名称 情報サービス株式会社 代表者氏名及び印 情報 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">代 表 者 印</span>																										

同一印での捺印をお願いします

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

※支給決定まで時間がかかる場合があります