

健保記入欄	保険給付費支給決定と支払同				起案			
	総支給額	金額	円	取得	記入例			
	支給期間	日	不支給期間	日	1	治療	2	装具

被 保 険 者 族 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）」
 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傷病届
 「装具の写真を」「同意書」

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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	(健保印)
	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	氏名		生年月日		昭平		続柄
	⑥ 傷病名	右足骨折		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)	(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) 午前 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 〇〇市サッカー場 (5)負傷した原因を詳しく記入してください サッカーをしている最中に、足を捻ってしまった。						
	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		
		所在地	名古屋市中区栄〇〇-××			25,000円		
	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	年 月 日
	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	年 月 日
⑪ 治療用装具の場合	医師の作製指示日・装着日	作製指示日 平成 29年 4月 30日		装着日 平成 29年 5月 8日				
⑫ 治療の内容	右足装具の装着							
⑬ 療養の給付を受けられなかった理由	装具作製のため。							
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		(健保印)	
	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		(代表者印)					

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、備考欄へ記載してください。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。)