

記入例

保険者族療養費支給申請書 (立替払い等・治療用器具)

立替払いの申請をする場合・・・「診療報酬明細書(レセプト)」および「領収書(原本)」
治療用器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)」
「領収書および明細書(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場合は別紙「第三者行為による傷病届」
「委任状」
「器具の写真」
「同意書」

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|-------------|---------------------------|--------------|--------------------|-------|--|
| ①被保険者証記号番号 | 記号 | 1000 | 番号 | 100 | ②被保険者(申請者)氏名 | 健保 一郎 ※自署してください | | |
| 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・電話番号 | 〒460-0000 愛知県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・令 2・6・25 | 続柄 | 妻 | | |
| ⑥傷病名 | 右足捻挫 | | | ⑦発病または負傷年月日 | 令和 〇年 4月 28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) | 被保険者が記入するところ | | | | | | | |
| 負傷原因記入欄 (負傷・けがの原因について記入してください) | (1)いつ負傷をしましたか 令和 〇年 4月 28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。 | | | | | | | |
| 交通事故で | ある・ない | | 第三者行為によるもので | ある・ない | | | | |
| ⑨診療を受けた病院等 | 名称 | 情報病院 | | | 諸手当に要した費用の額 | | | |
| | 所在地 | 愛知県名古屋市中区〇×-〇× | | | 12,800 円 | | | |
| ⑩立替払いの場合診療の期間(請求期間) | 自 | 〇年 4月 28日 | 日数 | 入院・入院外の別 | 入院 | 自 | 年 月 日 | |
| | 至 | 〇年 4月 28日 | 1日 | 1.入院 2.入院外 | 期間 | 至 | 年 月 日 | |
| ⑪治療用器具の場合 医師の作製指示日・装着日 | 作製指示日 | 令和 年 月 日 | | 装着日 | 令和 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 | この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。 | | | | | | | |
| | 令和 〇年 5月 1日 | | | 被保険者氏名 健保 一郎 ※自署してください | | | | |
| | 委任された者の | | | | | | | |
| | 事業所所在地 愛知県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 情報 太郎 | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|------|------|------------|
| 被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能) | | | | |
| 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。) | | | |
| 銀行等名称 | 本・支店名 | 口座種別 | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) |
| 銀行 | 本店 | 1.普通 | | |
| 信金 | 支店 | 2.当座 | | |

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。)

※支給決定まで時間がかかる場合があります 愛知県情報サービス産業健康保険組合