

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)および「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「第三者の行為による傷病届」  
「器具作製確認書」  
「器具の写真」  
「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	番 号	② 被 保 険 者 (申請者)氏名	※自署してください			
	③ 事 業 所 名 称							
	④ 被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 住 所 ・ 電 話 番 号	〒			TEL( ) -			
	⑤ 療 養 が 被 扶 養 者 に 関 するときは、その方の	氏 名	生 年 月 日		昭 ・ 平 ・ 令	続 柄		
	⑥ 傷 病 名				⑦ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 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)							
	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 年 月 日 曜日 午前・午後 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						
		(5)負傷した原因を詳しく記入してください						
	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					諸 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	
所 在 地						円		
⑩ 立 替 払 い の 場 合 診 療 の 期 間 ( 請 求 期 間 )	自	年 月 日	日 数	入 院 ・ 入 院 外 の 別	入 院	自	年 月 日	
	至	年 月 日	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	令和 年 月 日			装 着 日	令和 年 月 日		
⑫ 治 療 の 内 容								
⑬ 療 養 の 給 付 を 受 け ら れ な か っ た 理 由								

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 年 月 日						
	被 保 険 者 氏 名						
	委任された者の 事業所所在地						
	委任された者の 事業所名称 代表者氏名						

※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"/> マイナポータル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。)