

療養費支給申請書（立替払等）

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 記号-番号				被保険者氏名				生年月日			
	-				自署の場合は押印不要 ⑩				5昭和	年	月	日
									7平成			
	住所											
〒 - ☎												
事業所												
名称			住所									

療養が被扶養者 に関するとき	氏名				生年月日				被保険者との続柄			
					昭和 平成 令和	年	月	日				

年	月	医療機関名称	診療に要した費用の額	第三者行為によるものですか
			円	※ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合のみ2枚目を提出

療養の給付を受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 前に加入していた被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いてなかったため <input type="checkbox"/>
--------------------------	--

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫 信用組合	支店名称	本店・支店 出張所	預金 種別	普通 当座 別段 通知	
	口座番号		口座名義人（カタカナで記入ください。また、セイとメイの間には1マス空けてください）				

給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 ⑩					
	受取 情報	代理人の氏名と印	⑩	委任者と代理人との関係		
	代理人の住所					〒 - ☎

- 必要な添付書類
- ◇ 領収書
 - ◇ 診療報酬明細書（未開封）

受診者・年月・医療機関
ごとに申請してください。

受付日付印

負傷原因記入欄

負傷の原因について記入してください。(該当する <input type="checkbox"/> にチェック (<input checked="" type="checkbox"/>) してください)	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>【負傷日時・場所】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか 令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか <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 ()</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか <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"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、 あなたは被害者ですか？加害者ですか？ 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無</p> <p><small>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります</small></p>
	<p>【受診した医療機関】</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 医療機関名 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>
	<p>9. 負傷した方が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無</p>