

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	被保険者資格取得日	昭平令年月日			給付種別	立替払・装具・眼鏡・その他		
	対象者資格取得日	昭平令年月日			対象者資格喪失日	令和年月日		
	支給対象者区分	本人・家族（高齢・就前）			立替払診療区分	入院・外来		
	領収日	令和年月日			装具支給回数	初回・再支給・補修		
	装具前回購入日	令和年月日（耐用年数 年）						
	支給決議金額	法定給付	円（食事療養費 円）					
合計		円						

**健康保険 療養費支給申請書【立替払】**

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和 年 月 日			②事業所名					
	③記号		④番号		⑤被保険者氏名					
	⑥対象者氏名				⑦連絡先電話番号					
	⑧傷病名				⑨診療年月	令和 年 月 ~ 令和 年 月				
	⑩発病又は負傷時の状況  ※ケガの場合は、 右欄のaからfまでの全ての項目について回答すること。	(病気の場 合) 発症した日	<input type="checkbox"/>	平成	年	月	日			
		(ケガの場 合) a.負傷した日時	<input type="checkbox"/>	平成	年	月	日	時	分(頃)	
		b.負傷した時間帯	<input type="checkbox"/>	勤務中	<input type="checkbox"/>	通勤途中	( <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 帰宅途中 )			
		c.負傷場所	<input type="checkbox"/>	事業所内	<input type="checkbox"/>	路上	<input type="checkbox"/>	自宅	<input type="checkbox"/>	その他 ( )
		d.負傷場所の住所								
		e.負傷した原因	<input type="checkbox"/>	交通事故	( <input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 加害 )			<input type="checkbox"/>	暴力(けんか)	
	f.負傷したときの状況を詳しく記入									
	⑪療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であったため				<input type="checkbox"/> 誤って以前の保険証を使用したため				
		<input type="checkbox"/> 治療用装具又は小児治療用眼鏡を作成したため								
		<input type="checkbox"/> 保険証を持っていなかったため				<input type="checkbox"/> その他 ( )				
⑫委任状  ※退職者も必ず署名すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。  被保険者氏名									
⑬給付金振込先口座  ※被保険者名義の口座を記入すること。	銀行名				支店名			口座番号		
	口座名義	(フリガナ)								
		(漢字)								
⑭添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 ( 枚)		<input type="checkbox"/> 治療用装具の明細書		<input type="checkbox"/> 医師の証明書(診断書)					
	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(診療明細書)		<input type="checkbox"/> その他 ( )							

事業主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。) 令和 年 月 日							
	事業主	所在地:						
		名称:						
	氏名:							
	電話番号:							

※対象者が複数名いる場合は、対象者ごとに(一人ずつ)申請書を作成すること。