

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				

（任意継続・退職者用）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	<input type="checkbox"/> 令和 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)	<input type="checkbox"/> 令和 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) <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		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) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 被害					
	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 ()							

※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。