

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

[立替払、治療用装具等]

◎ 立替払等の申請をする場合は、個人ごと、医療機関ごと、入院・通院ごと、診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。

被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所 所在地	名称			
(被保険者の申請者)	氏名		生年月日		連絡先電話番号		
			昭和 平成 年 月 日				
	住所						
診療が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄		
			昭和・平成・令和 年 月 日				
傷病名			発病または負傷年月日	年月日 (時頃)			
発病または負傷の原因およびその経過			第三者行為(事件・事故等)によるものですか?				
		0:いいえ		1:はい			
診療を受けた病院等	名称						
	所在地						
診療の期間	自: 年 月 日	日数	入院・入院外の別	診療に要した費用の額			
	至: 年 月 日	日間	0:入院外 1:入院	円			
診療の内容			保険診療を受けられない(受けられなかった)理由				
支払先金融機関	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"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)					
		銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金 種別	1:普通 2:当座 3:貯蓄		
	本支店 コード	口座 番号	口座 名義人	(カタカナでご記入ください)			

※「支払先口座名義人」を被保険者以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄をご記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日提出		
	〒 ー 令和 年 月 日		(5.3)		
	被保険者 住所 (申請者) 氏名		受付日付印		
代理人の氏名	(フリガナ)	申請者との関係			
代理人の住所	〒 ー				

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、右記、備考欄へご記入ください。 **備考欄**

※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

【必要な添付書類】

- 立替払いの場合:『領収書の原本』、『診療報酬明細書(レセプト)』  
※外国語の場合は、日本語の翻訳文に翻訳者の氏名・住所を記載のこと。
- 装具装着の場合:『装具の明細が記載(または添付)された領収書の原本』、『医師の意見書の原本(装具装着証明書や指示書など)』、『支給申請を行う装具の現物写真(靴型装具に限る)』
- 傷病名が、けがなどの外傷性の場合:『負傷原因報告書』
- 傷病の原因が、第三者行為による場合:『第三者行為による傷病届』(初回申請時のみ)

療養費

業務外			労災	
一般	第二	自損	業災	通災

# 負傷原因報告書

※外傷性の傷病による請求の場合、以下太枠内を記入の上、請求書に添付してください。

健康保険証(記号-番号)	被保険者氏名	受診者氏名	被保険者と受診者の続柄
-			本人・家族( )
負傷の原因について	【いつ】 平成・令和 年 月 日( 曜日) 午前・午後 時 分頃		
	【その日は】 ※被扶養者の方で、「パート」、「アルバイト」をしていない方はその他を選択し、( )内に「学生」、「無職」等記入してください。 勤務日・公休日・会社の休日・私用で休み・その他( ) ↓(勤務日を選択の場合) 【就業時間】 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
	【どこで(場所)】 会社内・作業現場内・就業場所移動中・出張中・通勤(帰宅)途中 自宅・私用の外出先・学校内・その他( )		
	【何をしている時(何をしに行く時)】 ※勤務中、昼休み中、スポーツ中、交通事故等、 <u>どのような経緯で負傷に至ったか具体的に記入してください。</u> ※負傷の原因が不明の場合、または負傷の事実が無い場合はその旨を記入してください。		
令和 年 月 日 上記のとおり報告いたします。			
被保険者氏名:		被保険者の住所:〒	
記入者氏名:		被保険者との続柄:	
※記入者が被保険者の場合は省略可			
日中の連絡先: Tel (被保険者・記入者) (自宅・会社・携帯)			

※この書類に記入された個人情報は健康保険組合が公表している使用目的以外に使用することはありません。

健保受付印

測量地質健康保険組合 担当:業務部業務課業務第二係

所在地:〒171-0021 東京都豊島区西池袋 3-30-5

連絡先(業務部直通) Tel:03(3987)3154 Fax:03(3987)3835