

届書コード		
6	3	5

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)

(立替払等、治療用装具、生血)

◎「※」記入方法は、別紙「記入例」を添付書類についてご確認ください。

⑦ 被保険者証の記号・番号										① 被保険者の生年月日				届書種別	受付年度		通 番			グループ											
										5:昭和 7:平成	年	月	日	05	平成	※	年	※				※									
⑧ 被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)				⑨ 事業所の名称		所在地																							
⑩ 被保険者(申請者)の住所		郵便番号		(フリガナ)		都道府県		電話 ()																							
療養が被扶養者に関するときは、その方の		⑪ 被扶養者の氏名				⑫ 被扶養者の生年月日				⑬ 被保険者との続柄		被扶養者番号																			
						昭和 平成				年		月		日		※															
⑭ 傷病名										⑮ 発病または負傷年月日(療養開始日)																					
										年 月 日																					
⑯ 発病(負傷の場合は、右面⑰を記入してください)の原因および経過										⑰ 第三者の行為によるものですか																					
										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。																					
⑱ 診療を受けた病院等の		⑲ 名称				⑳ 所在地				㉑ 診療した医師の氏名																					
㉒ 診療の期間(支給期間)				㉓ 入院・入院外の別		㉔ 入院の場合、左記の入院期間				㉕ 診療に要した費用の額																					
自		年		月		日		日数		1:入院外		自		年		月		日		日数		円									
至		年		月		日		日		2:入院		至		年		月		日		日											
㉖ 診療の内容										㉗ 療養の給付を受けることができなかった理由																					
備考																															
請求年月日				特別支給コード		申請区分				参照要否		回数		初療日																	
7 年 月 日						1:証交付前の受診 2:証持参できず 3:治療用装具 4:柔道整復 7:その他立替払 8:伝染病 9:生血				0:行わない 1:行う		7		年 月 日																	
同意日				同意区分		支給日数		不支給理由		海外表示		第三者		98条該当		公費区分															
7 年 月 日				0:初回 1:再同意						0:国内 1:海外		0:なし 1:あり		0:非該当 1:該当		0:非該当 1:該当															
診療費用				診療支給額		食事回数		食事療養費		食事負担額		支払方法		受取人住所区分																	
円				円				円		円		2:個人払い 3:その他		0:本人 1:代理人																	

次ページに振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

振 込 希 望 口 座	① 支 払 区 分	1 金融機関		ⓧ	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
		金融機関コード				
		※				
	ⓧ	預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号		口座名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請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。		平成 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住 所 氏 名	ⓧ
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係
代理人の 住 所	(〒 -)	電話	()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

② 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所等]	[受診した医療機関]
	<p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。 平成 年 月 日（ 曜日） □ 午前・□ 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。 □ 出勤日・□ 休日（定休日・休暇含む） □ 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。 □ 勤務時間中・□ 通勤途中（□ 出勤・□ 退勤） □ 出張中・□ 私用・□ その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。 □ 会社内・□ 道路上・□ 自宅 □ 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。 □ 交通事故・□ 暴力（ケンカ） □ スポーツ中（□ 職場の行事・□ 職場の行事外） □ 動物による負傷（飼い主 □ 有・□ 無） □ あてはまらない</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 □ 有 → { □ あなたは被害者 □ あなたは加害者 } □ 無</p> <p>※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。</p>	<p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒・□ 治療中</p> <p>医療機関名 平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒・□ 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: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者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。 □ 加入有・□ 加入無</p>

社会保険労務士の 提出代行者印	ⓧ
--------------------	---

平成 年 月 日提出
受付日付印