

健保記入欄	保険給付費支給決定と支払伺						起案	
総支給金額	金	円	取得	・	・	喪失	・	・
支給期間	・	・	日	不支給期間	・	・	日	1 治療 2 装具

**被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 立 替 払 い 等 ・ 治 療 用 装 具 )**

【添付書類】  
 立替払いの申請をする場合・・・「診療報酬明細書（レセプト）」及び「領収書（原本）」  
 治療用装具の申請をする場合・・・「医師の意見書および装着証明書（原本）」  
 負傷の原因が交通事故の場合・・・「交通事故に関する書類一式」、第三者の行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」  
 治療用装具の申請をする場合・・・「診療報酬明細書（レセプト）」及び「領収書（原本）」  
 「医師の意見書および装着証明書（原本）」  
 「交通事故に関する書類一式」、第三者の行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」  
 「器具作製確認書」「装具の写真」「同意書」

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証記号番号	記号	番号	② 被保険者(申請者) 氏名及び印	印	
	③ 事業所名称					
	④ 被保険者(申請者) 住所	〒 ー Ⅲ( ) ー				
	⑤ 療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	生年月日	昭平	続柄	
	⑥ 傷病名	⑦ 発病または負傷年月日				昭和・平成 年 月 日
	⑧ 発病の原因および経過 (負傷の場合は下記も記入してください)					
	負傷原因記入欄 (負傷・けがの原因について記入してください)	(1)いつ負傷をしましたか 平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時頃				
		(2)負傷した日はどのような日でしたか 出勤日 休日(公休日・有給など) その他( )				
		(3)負傷したときはどの時間帯ですか 勤務時間中 通勤途中 出張中 私有 その他( )				
		(4)負傷した場所はどこですか				
		(5)負傷した原因を詳しく記入してください				
	交通事故で	ある・ない	第三者行為によるもので		ある・ない	
	⑨ 診療を受けた病院等	名称				諸手当に要した費用の額
所在地					円	
⑩ 立替払いの場合 診療の期間 (請求期間)	自	年 月 日	日 数	入院・入院外の別	入院 自 年 月 日	
	至	年 月 日	日	1.入院 2.入院外	期間 至 年 月 日	
⑪ 治療用装具の場合 医師の作製指示日・装着日	作製指示日	平成 年 月 日	装着日	平成 年 月 日		
⑫ 治療の内容						
⑬ 療養の給付を受けられなかった理由						
委任状	請求金額の受領を下記の者に委任します。					
	平成 年 月 日	被保険者氏名			印	
	委任されたものの 事業所所在地 事業所名称 代表者氏名及び印					
備考欄						

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、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)