

記入例

被保険者療養費支給申請書 (立替払い等 治療用装具)

立替払いの申請をする場合・・・「診療報酬明細書(レセプト)」および「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)」
「領収書および明細書(原本)」
「器具作製確認書」
「器具の写真」
「同意書」
負傷の原因が交通事故の場合別紙「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」

①被保険者証記号番号	記号	1000	番号	100	②被保険者(申請者)氏名	健保 一郎							
③事業所名称	情報サービス株式会社												
④被保険者(申請者)住所・電話番号	〒460-0000 愛知県名古屋市中区錦〇〇-×× TEL(052)〇〇〇-××××												
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・令	続柄								
⑥傷病名	右足骨折			⑦発病または負傷年月日	平成 〇年 4月 20日	令和							
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 令和 〇年 4月 20日 土曜日			午前 午後 10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 私人用 その他()											
(4)負傷した場所はどこですか		〇〇市サッカー場											
(5)負傷した原因を詳しく記入してください		サッカーをしている最中に、足を捻ってしまった。											
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	情報病院			諸手当に要した費用の額								
	所在地	愛知県名古屋市中区〇×-〇×			25,000 円								
⑩立替払いの場合診療の期間(請求期間)	自	平	年	月	日	日	数	入院・入院外の別	入院	自	年	月	日
	至	平	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 令和 〇年 4月 20日			装着日	平成 令和 〇年 4月 27日							
⑫治療の内容	右足装具の装着												
⑬療養の給付を受けられなかった理由	装具作製のため。												
委任状	この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。 令和 〇年 5月 1日 被保険者氏名 健保 一郎 委任された者の 事業所所在地 愛知県名古屋市中区錦〇〇-△△ 事業所名称 情報サービス株式会社 代表者氏名 情報 太郎												
被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)													
振込希望の銀行名		本・支店名		口座種別	口座番号			口座名義人					
銀行		店・本店		1.普通	フリガナ								
金庫		支店		2.当座									
信組		出張所											
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。)

※支給決定まで時間がかかる場合があります