

| | | | | | | | | |
|-------|---------------|---|---|----|-------|---|---|---|
| 健保記入欄 | 保険給付費支給決定と支払同 | | | | 起案 | | | |
| | 総支給額 | 金 | 円 | 取得 | 記入例 | | | |
| | 支給期間 | ・ | ・ | 日 | 不支給期間 | ・ | ・ | 日 |

被 保 険 者 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傷病届
 「装具の作製確認書」「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 | 1000 | 番号 | 00 | ② 被保険者(申請者)氏名及び印 | 健保 一郎 健保 | | | | | | |
| | 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 | 〒460-0000 | | 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 | 続柄 | | | | | | |
| | ⑥ 傷病名 | 右足骨折 | | | ⑦ 発病または負傷年月日 | 昭和 平成 29年 4月 30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) | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(1)いつ負傷をしましたか 平成 29年 4月 30日 日曜日 午前 午後 10時頃</p> <p>(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()</p> <p>(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 私用 その他()</p> <p>(4)負傷した場所はどこですか 〇〇市サッカー場</p> <p>(5)負傷した原因を詳しく記入してください</p> <p style="color: red; text-align: center;">サッカーをしている最中に、足を捻ってしまった。</p> </div> | | | | | | | | | | | |
| | 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) | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 情報整形外科 | | | 諸手当に要した費用の額 | |
| | | | | | | | | 所在地 | 名古屋市中区栄〇〇-×× | | | 25,000円 | |
| ⑩ 立替払いの場合 | 自 | 29年 4月 30日 | 日数 | 入院・入院外の別 | 入院 | 自 | 年 月 日 | | | | | | |
| 診療の期間(請求期間) | 至 | 29年 4月 30日 | 1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 29年 4月 30日 | | | 装着日 | 平成 29年 5月 8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 | 請求金額の受領を下記の者に委任します。 | | | | | | | | | | | | |
| | 平成 29年 5月 10日 | | 被保険者氏名 | | | 健保 一郎 | 健保 | | | | | | |
| | 委任されたもの | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | 名古屋市中区錦〇〇-△△ | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 情報サービス株式会社 | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名及び印 | 情報 太郎 | | | 代 表 者 印 | | | | | | | | | |

同一印での捺印をお願いします

| | |
|-----|--|
| 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。)