

常務理事	事務長	担当者
健保組合用		

- 被保険者
 被扶養者

療養費請求書

年 月 日

所属	TEL ()	(保険証)記号・番号	氏名
療養者の氏名	(続柄)	傷病名	
診療の期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間		
療養の給付を受けられなかった理由	器具装着・自費診療 その他 ()	治療に要した費用の額	領収書の金額
負傷時の状況 (「か」の場合は必須)	<p>【負傷日時・場所など】</p> <p>令和 年 月 日 (曜日)</p> <p><input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>1. 負傷した日は</p> <p><input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>2. 負傷した時間帯は</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤)</p> <p><input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>3. 負傷した場所は</p> <p><input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>4. 負傷した原因は</p> <p><input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ含む)</p> <p><input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外)</p> <p><input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p><input type="checkbox"/> あ</p> <p>5. 「上</p> <p>あな</p> <p>6. 負傷の状況・原因を具体的にご記入下さい</p>	<p>病気以外の骨折・ケガ等の場合、負傷時の状況に当てはまるものにチェックしてください。</p>
健保記入	治療に要した額	自己負担額	給付決定額
給付額の算出	円	円	円
給与振込依頼欄	<p>上記給付決定額の受領に関する権限を 事業所 に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者氏名</p>		
銀行振込依頼欄	<p>上記給付決定額を振込依頼致します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>給与振込で振込不可能な場合</p>		
	銀行名	銀行	預金種別
	本支店名	店	普通・当座
	口座番号	口座名義(カナ)	

- 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明」および「血液代金の領収証書」を添付してください。
- 臍帯血に関する申請の時は、「臍帯血を治療に要するとした医師の証明書」および搬送に要した費用を証明した領収書(原本)を添付してください。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実績についての領収証書」をつけてください。
靴型治療用装具を申請される場合は、現物の写真も必要です。
- 「銀行振込」をご利用の際は、申請される被保険者の名義の口座をご記入下さい。

※ 本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
 また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。