

常務理事	事務長	担当者

□被保険者 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	緊急時、保険証を所持していなかった為等 器具装着・目覚診療 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 (ケガの場合は必須)	<p>【負傷日時・場所など】</p> <p>平成・令和 年 月 日 ( 曜日 )</p> <p>□午前 □午後 時 分頃</p> <p>1. 負傷した日は</p> <p>□出勤日・□休日(定休日・休暇を含む)</p> <p>□その他 ( )</p> <p>2. 負傷した時間帯は</p> <p>□勤務時間中・□通勤中(□出勤・□退勤)</p> <p>□出張中・□私用・□その他 ( )</p> <p>3. 負傷した場所は</p> <p>□会社内・□道路上・□自宅</p> <p>□その他 ( )</p>	<p>4. 負傷した原因は</p> <p>□交通事故・□暴力(ケンカ含む)</p> <p>□スポーツ中(□職場行事・□職場行事以外)</p> <p>□動物による負傷(飼い主 □有・□無)</p> <p>□あ</p> <p>5. 「ヒ</p> <p>あ</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	健保の記入欄	円

給与振込	<p>(事業所名)</p> <p>上記給付決定額を受領に関する権限を 年 月 日 に委任します。</p> <p>住所 被保険者氏名</p> <p>JSWの方記入</p>
------	--

銀行振込依頼書	<p>振込依頼書</p> <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 被保険者氏名</p> <p>JSW以外の方記入</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」をつけてください。
- 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。
- 「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。