

黒のボールペンで記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

被保険者  
家族

# 療養費支給申請書

令和〇年5月17日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1	番号 12345	事業所 の名称	〇〇〇〇病院											
	被保険者の 氏名(自署)	健保 太郎			被保険者の 生年月日	昭和 平成	4年6月3日									
	被保険者の 住所	〒 111-1111 東京都江東区〇〇1-2-3			TEL	00 (0000) 0000										
	被扶養者が 受診した場合	氏名	健保 花子		被保 険者 続柄	妻	生年 月日	昭和 平成 令和	3年7月2日							
	(乳) (子) の医療証をお持ちですか		はい ・ いいえ													
	傷病名	右足首捻挫・打撲				発病又は 負傷の 年月日	平成 令和	〇年4月2日								
	負傷の原因 及びその経過	(いつ・どこで・どのように詳細をご記入ください) ※ケガ等 → 負傷届を併せてご提出ください 散歩中に、階段で転倒して受傷した。														
	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ ※はい…の場合には「健康保険第三者行為による 傷病届」を併せてご提出ください														
	診療を受けた 医療機関	名称	〇〇病院			診療した医師氏名	〇〇医師									
		所在地	東京都江東区〇〇2-1-5													
診療の期間	年	月	日	から	日数	入院・入 院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用							
	〇	4	2	から	1	入院外	年	月	日から	日間	6,230 円					
	〇	4	2	まで		入院	年	月	日まで							
療養費支給 申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成した場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 保険証を持参しなかったため自費となった ) <input type="checkbox"/> 以前の保険者証を使用した場合															
振込先名称	金融機関 名称	〇〇		銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通	支店番号	口座番号							
	預金者氏名 (カタカナ)	健保 太郎 ケンポ 知ウ				当座 別段	9	9	9	1	2	3	4	5	6	7

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	〒
	令和 年 月 日	住所
	代理人 氏名	印
	被保険者 氏名	印 ※自署の場合は押印を省略できます。

## 添付書類【\*すべて原本を添付】

◇ 医療機関で10割負担(保険診療分)した場合、領収書及び診療報酬明細書(保険点数記載)もしくは申請書裏面 領収(診療)明細書へ受診先の医師に記入していただいでください。	受付日付印
◇ 当組合加入時に以前の保険者証を利用した場合(他健保へ医療費を返還した際の領収書及び診療報酬明細書 (※開封しないでください)又は診療報酬明細書の交付依頼同意書を添付)	
◇ 治療用装具 1. 医師の作製指示・意見書(装具装着証明書) 2. 領収書・内訳 3. 靴型装具の写真(①正面②側面③内側④裏側)	
◇ 治療用眼鏡(9歳未満) 1. 疾病名記載の作製指示書 2. 領収書	
◇ 弾性ストッキング等 1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書およびその内訳(金額、枚数等)	

がん研究会健康保険組合

# 負傷届

※この用紙は傷病が外傷(骨折・打撲・捻挫・切創・やけど等)の時には必ず添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	1 . 12345		
	被保険者の氏名 (自署)	健保 太郎		
	連絡先	携帯 ○○(□□□□)△△△△ 電話 ( ) ※日中連絡のつながる番号をご記入ください。 内線番号( 2222 )		
	負傷したものの氏 名 生年月日及び 続柄	健保 花子	生年月日	昭和(平成)令和 3年 7月 2日 (続柄 妻)
	傷病名	右足首捻挫・打撲		
	負傷年月日	令和 ○年 4月 2日 午前・午後 10時頃		
	負傷場所	イ, 事業所内 口, 自宅 ハ 道路上 二, 駅構内 ホ, その他( )		
	負傷状況	イ, 勤務時間中 口, 休憩時間中 ハ, 通勤途上 二, 社用外出中 ホ, 私用外出中 へ, その他( )		
	負傷した原因 (詳しく記入)	散歩中に、階段で転倒して受傷した。		
	医療機関等で診 療を受けましたか	受けた・受けない	第三者の行為に よるものですか	はい・いいえ
受診した 医療機関名 連絡先	医療法人社団 □□□□□ TEL: ○○ (○○○○) △△△△			
診療を受けた 期間	令和 ○年 4月 2日から 令和 ○年 4月 15日まで (現在) 治療・治療中			