

届書コード	処理区分	届書	処理区分
3 0 0			1. 立替払等 2. 治療用装具 5. 生 血

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 〇 回目)**  
**家 族 (立替払等、治療用装具、生血)**

被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日	⑤被扶養者 番 号	⑥給付記録 番 号	⑦受 取 代 理 人	⑧ 受 付 年 月 日
①	②	③	※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
⑨被保険者の (申請者) 氏名と印		(フリガナ)	事業所の ⑩ 所在地		送 信	
被保険者の (申請者) 住 所		⑩郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
⑪住所コード		※				( )
療養が被扶養者に関する ときは、その方の		⑪ 氏名	⑫ 生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	⑬ 被保険者 との続柄	
⑫傷病コード		※	⑭ 傷病名		⑮ 発病または負傷年月日 (療養開始日)	
⑬カ ナ		※			年 月 日	
⑯ 発病(負傷の場合は裏面 ⑰を記入してください) の原因およびその経過					⑱ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病 届」を提出してください	
診療を受けた 病 院 等		⑲ 名 称	⑲ 診療した医師氏名			
		⑲ 所在地				
⑲ 療 養 期 間 (支給期間)		自 年 月 日	⑲ 日 数	⑲ 入院・入 院外の別	⑲ 入院の場合左記の入院期間	⑲ 診療に要した費用の額
		至 年 月 日		0:入院外 1:入院	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間	円
⑲ 診 療 の 内 容		⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由				

※ の 別	1. 立替払い等	⑲ 療養の原因 (コード)	⑲ 施術回数		回
	2. 治療用装具	⑲ 治療用装具 (コード)	⑲ 支給種別	1 初回支給	⑲ 年 月 日
	5. 生 血	⑲ 輸 血 回 数	2 補 修 装 着 3 再 支 給	⑲ 年 月 日	
⑲ 支給回数	⑲ 支 給 算 出 額	⑲ 調整減額 コード	⑲ 調 査 先 コード	⑲ 海外表示	⑲ 特別支給 コード
回	円			0.:国 内 1.:海 外	(備考)

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑲ 支 払 区 分	1:振 込 2:銀 行 送 金 3:郵 便 局 送 金 4:当 地 払	⑲ 預 金 種 別	1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段	⑲ 銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
	⑲ 金融機関 コード	※			信連 漁連 農協 漁協	本所 支所 本店 支店
	⑲ 口座番号				口座名義	
銀行送金の場合		銀行	店	郵便局送金の場合		郵便局

受 取 代 理 人 の 欄	⑲ 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 提出					
	被保険者 (申請者) 住所 氏名		⑲			
	⑲ 代理人の 氏名と印		(フリガナ)	⑲ 委任者と代理人との関係		
	代理人 の 住 所	⑲ 郵便番号	(フリガナ)	送 信		
	⑲ 住所コード	※	電話番号 ( )			

社会保険労務士の  
提 出 代 行 者 印

◎記入については、「記入上の注意」をご覧ください。  
 ◎「※」印欄は記入しないでください。  
 ◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

# 領収（診療）明細書

（備考）すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

患者名		傷病名									
入院外				入院							
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回					
再診	再診	×	回	投薬	内服 外用 麻調	服用 剤 毒基	単位				
	外来管理加算	×	回				単位				
	時間外	×	回				単位				
	休日	×	回				日				
深夜	×	回	日								
指導				注射	皮下 静脈 その他		回 回 回				
在宅	往診		回	処置	薬	剤	回				
	夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬		回 回 回				回				
投薬	内服	{ 薬剤 調剤	×	単位	手術・酔	薬	剤	回			
			単位					回			
	外用	{ 薬剤 調剤	×	単位				検査	薬	剤	回
			単位	回							
処方		×	回	画像断	薬	剤	回				
麻毒 調基			回				その他	薬	剤	回	
注射	皮下 静脈 その他		回 回	入院	入院年月日		年	月	日		
処置	薬	剤	回 回		病	診	衣	入院料	×	日間	
									×	日間	
手術・酔	薬	剤	回 回		入院時医学管理料	×	×	×	×	日間	
									×	日間	
				×					日間		
検査	薬	剤	回 回	特定入院料・その他							
画像断	薬	剤	回 回	食事	基準						
その他	処方せん 薬	剤	×		回 回	円	×	日間			
合計				円	合計	円	×	日間			
						円	×	日間			

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医療機関の電話番号  
医師名



## 負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。  
相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。（記入上の注意 1 の 6 参照）

②負傷の原因について記入してください（該当する□にチェック（☑）を記入してください）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷日時・場所等】	【受診した医療機関】
	1 いつケガ（負傷）をしましたか 平成 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input type="checkbox"/> 午後	6 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中
	2 ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	7 負傷をしたときの状況（原因）を具体的に記入してください
	3 ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤） <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	4 ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	5 ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力（ケンカ） <input type="checkbox"/> スポーツ中（ <input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事以外） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	
	あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <span style="font-size: 2em;">}</span> <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	
	8 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無	

## 医師が証明する欄

治療用装具用

意見 お よ び 装 具 装 着 証 明			
患者氏名		生年月日 <small>（該当する元号に☑）</small>	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
疾患名		入院外来の別 <small>（該当する方に☑）</small>	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
<p>上記の治療疾患のため 平成 年 月 日に</p> <p style="text-align: right;">の装着の必要を認め</p> <p>平成 年 月 日に装着した。</p> <p>以上証明いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医 師 名</p>			

## 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字のいずれか該当する方をマル（○）で囲んでください。
2. 標題の「家族」の文字をマル（○）で囲んだ場合は、㊦・㊧・㊨欄は必ず記入してください。㊩欄は該当する元号をマル（○）で囲んでください。（「被保険者」の文字をマル（○）で囲んだ場合は、㊦・㊧・㊨欄は記入しないでください）
3. ㊣㊤㊦の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
4. ㊨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。
5. 傷病の原因が負傷の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は、裏面の㊮欄を記入してください。

### 【第三者行為の場合】

6. ㊮の欄で「1：はい」と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは社会保険事務所にお問い合わせください。（「第三者の行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回時のみの提出となります。二回目以降は提出不要です）

### 【薬剤のみの支給を受けた場合】

7. 薬剤を受けた場合は、㊯㊰㊱㊲㊳㊴欄は、そのように読み替えて記入してください。  
（薬剤を受けた場合とは、無医村域において、医師の診療を受けることが困難で、応急処置として緊急に売薬の服用をした場合です）

### 【小児弱視等治療用眼鏡等の更新の場合】

8. ㊵欄に更新前の装着年月日及び支給申請した社会保険事務所名を記入してください。

## 記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. ㊶、㊷の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。㊸の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。  
㊶支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。ゆうちょ銀行の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※ 「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。

なお、銀行送金の場合は、「銀行送金の場合」欄に金融機関名、店舗名を記入してください。

郵便局送金の場合は、「郵便局送金の場合」欄に郵便局名を記入してください。

「4 当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることになりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

2. 給付金の受け取りを他の人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の印は必ず押してください。

## 添付書類について

※ 療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記を確認のうえ提出願います。

療養費の種類	添 付 書 類
立 替 払 等	裏面の「領収（診療）明細書」に医師から記入していただいでください。 ただし、すでに申請の対象となる費用について領収書が発行されているときは、領収書の原本を添付するとともに、医師から裏面の「領収（診療）明細書」の「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入していただいでください。（ただし裏面の「領収（診療）明細書」は歯科診療の場合は使用できません） 【海外で診療を受けた療養費】 海外で診療を受けた療養費の申請の場合は『診療内容明細書』と『領収明細書』を添付してください。（様式等不明の場合は社会保険事務所へお問い合わせ願います）なお、これら明細書が外国語で記載されている場合は、『翻訳文』を添付してください。（翻訳文には、翻訳者の住所・氏名を明記してください）
治 療 用 装 具	●医師の「意見および装具装着証明」 裏面の「意見および装具装着証明」により医師から記入・証明を受けてください。 ●領収書 装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書の原本を添付してください。 ●検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合） 視力等の検査結果のわかるコピーを添付してください。
生 血	●輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書を添付してください。（証明書は輸血の回数が明記されているもの） ●領収書 血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。