伺の日	年　月　日	常務理事	担当	担当	担当	備考
支給決議書 支給金額	千					

支給期間			日数	摘要		資格			
自　年	月	日				取得	年　月　日	98条	1 該当 0 不該当
至　年	月	日				喪失	年　月　日	海外	1 該当 0 不該当

記入例

健康保険　被保険者 家族　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）」および「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）」「領収書および明細書（原本）」「装具作製確認書」「同意書」
「装具の写真（靴型装具の申請の場合）」「負傷原因届書（負傷原因が骨折・打撲・捻挫等の場合）」

被保険者が記入するところ

①被保険者証記号番号	記号 100	番号 1000	②被保険者（申請者）氏名	健保　一朗	
③事業所名称	○○○株式会社				
④被保険者（申請者）住所・電話番号	〒460-0000 愛知県名古屋市西区名駅○○－××		TEL（　０５２　）○○○　－　××××		
⑤療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	健保　花子	生年月日	昭・平・令 2年 6月 25日	被保険者との続柄 妻
⑥発病又は負傷の年月日	平成・令和 2年 6月 7日		⑦傷病名	右足捻挫	
⑧発病の原因及び経過（負傷の場合は下記も記入してください）					
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）	(1)いつ負傷をしましたか	平成・令和 2年 6月 7日 日 曜日 午前・午後 10 時頃			
	(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（　）			
	(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（　）			
	(4)負傷した場所はどこですか	自宅の階段			
	(5)負傷した原因を詳しく記入してください	清掃中、滑って階段から転落した			
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	○○病院	諸手当に要した費用の額		
	所在地	愛知県名古屋市中区○×－○×	12,800 円		

⑩立替払いの場合診療の期間（請求期間）					日数	入院・入院外の別	入院期間				
自	平成・令和 2年	6月	7日		1日	1. 入院 → 2. 入院外	自	平成・令和 年	月	日	
至	平成・令和 2年	6月	7日				至	平成・令和 年	月	日	日間

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・令和 年　月　日	装着日	平成・令和 年　月　日
⑫治療の内容	検査・固定処置等			
⑬療養の給付を受けられなかった理由	健康保険加入手続き中で、手元に保険証が無かったため。			

委任状

請求金額の受領を下記の者に委任します。

令和　2年　6月　8日　　被保険者氏名　健保　一朗

委任された者の

事業所所在地　愛知県名古屋市西区名駅○○

事業所名称　○○株式会社

代表者氏名　○○○○

被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。（申請者名義の口座のみ振込可能）

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

※支給決定まで時間がかかる場合があります

トーテックグループ健康保険組合