

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等、生血)

1

2

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	部署 <input type="text"/>	職種 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)				
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県	TEL	()		

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)		

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等、生血)

1

2

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日 <input type="text"/>	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> (原因および経過) </div> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/>	所在地 <input type="text"/>	診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/>	所在地 <input type="text"/>	診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>	年 月 日 <input type="text"/>	日数 <input type="text"/> 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>	年 月 日 <input type="text"/>	日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	円 <input type="text"/>		
	8 診療の内容	<input type="checkbox"/> 1. 診察のみ 2. 処方のみ 3. 診察と処方 4. 生血		
	9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他 (理由) <input type="text"/>		

健康保険 負傷原因 届

ケガの場合 添付

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名）		
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	▶ 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
傷病名			
負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
負傷した時間帯（状況）	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し）		
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> あてはまらない		
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手： <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。	
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。			
治療経過	令和 年 月 日	現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日 まで

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。			
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名 事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	▶「無」の場合、その理由	
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり (〒 -)	<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害	に相違ないことを認めます。
	事業所名称			
事業主氏名				
電話番号	()			

(R3.1.22 改訂)

受付日付印