

チェックポイント

療養費支給申請書

(被保険者・家族)

常務理事

- ★【健康保険証(資格確認書含む)を提示できなかった】
- ★【国保・他健保へ医療費を返還した】

記入欄には、内容審査のためすべて記載が必要です

申請者の記入欄	被保険者	記号	番号	氏名	続柄				
	申請が被扶養者であるとき	氏名	生月	令和	不診日				
	傷病名	「はい」に○がある→労災の可能性あります。まずは、申請者へ内容確認をしてください。							
	発病・負傷原因※ (詳しく記入してください)	発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか			はい・いいえ				
		交通事故・ケンカ等 第三者行為によるものですか			はい・いいえ				
	傷病が第三者行為であるとき	「はい」に○がある→健保へ傷病届は提出していますか。未提出の場合は、健保へご連絡ください。							
	診療期間	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
診療に要した費用	円								
健康保険の資格を提示できなかった理由	(具体的に記入のこと)								
上記のとおり申請いたします。 ただし、給付金の受領は下記事業主に委任します。 年 月 日 被保険者 氏名									
事業所名	所属			電話					

未記入は受付できません(傷病名/発病・負傷原因)
原因がわからない場合は「不明」の記載でも結構です

「はい」に○がある→労災の可能性あります。まずは、申請者へ内容確認をしてください。

発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか
はい・いいえ

交通事故・ケンカ等
第三者行為によるものですか
はい・いいえ

「はい」に○がある→健保へ傷病届は提出していますか。未提出の場合は、健保へご連絡ください。

・診療年月日・健康保険の資格やマイナ保険証等を提示できなかった理由の記載がありますか。

健保記入欄	診療年月	年	月	本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高8				
	種別	一般診療・他()							
	診療区分	外来・入院・歯科・調剤・他()			日数	日			
	支給金額	円	食事療養	円	支給額合計	円			

【事業所記入欄】
担当者名
備考欄

■添付書類

- ※領収書は必ず**原本**を添付してください。
- ※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は必ず**原本(国保等返還の場合は写)**、かつ**各月毎、外来、調剤、入院毎にそれぞれ1枚ずつ**必要です。
- また、「**診療明細書**」「**調剤明細書**」では**代用できません**のでご注意ください。