

健康保険被保険者療養費支給申請書(立替払等)

家族

被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称		
	③氏名	(フリガナ)				
		(押印不要)			④生年月日	昭・平・令年 月 日
	⑤住所	〒			⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
					⑦提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()	
		支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号		
	⑪口座名義 (カタカナで記入)				⑫口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	⑬公金受取口座	☐ 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。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭被保険者 (申請者)	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。	令和 年 月 日
		⑮代理人 (口座名義人)	住所	
			氏名	被保険者との関係()

申 請 内 容	⑯受診者 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	⑰第三者行為によるものですか ※	☐ はい ☐ いいえ	
	⑱家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()	
	⑲傷病名			⑳発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日
	㉑発病の原因 および経過	(原因および経過)			
		1. 病気 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。			
	㉒診療を受けた病院等	名称			
		所在地		㉓診療した医師の氏名	
	㉔診療期間 (支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)			
	㉕上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)			
㉖療養に要した費用	円	㉗診療の内容			
㉘療養の給付を受ける ことができなかった理由	☐ 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他(理由)				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

負傷原因届

傷病の原因が負傷(捻挫・打撲・擦傷・打ち身等)の場合は下記に必要な事項を記入してください。

診療開始日 年 月 日

医療機関名

負傷年月日	① 年 月 日 () 1. 出勤日 2. 休日(出勤日以外) 3. その他()
	②午前・午後 時 分頃 上記の時間 → 1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. 通勤・帰宅途中(寄り道 あり・なし) 6. その他()
負傷したときの状況 (場所・原因)	③ケガ(負傷)した場所はどこでしたか 会社内・路上・駅構内・自宅・その他()
	④ケガ(負傷)した原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・行事以外) 動物による負傷(飼い主 有・無)・あてはまらない
	⑤「上記④」にあてはまる原因がある場合 相手 有 → あなたが被害者 → ※⑦⑧をご記入ください。 無 → あなたが加害者 ※「有」と答えた場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。 (詳しくは東京電子機械工業健康保険組合 医療課にお問い合わせください。)
	⑥何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したのか具体的にご記入ください。
負傷原因が 第三者行為に よる場合 (交通事故等)	⑦相手(住所・氏名・連絡先)
	⑧相手との対応(示談等)
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨他の医療機関等での受診 → 有・無 ※「有」の場合は以下にもご記入ください。 ・受診 通院(日)・往療(日) ・受診した医療機関等 病院・医院(クリニック)・鍼灸・マッサージ ・受診した医療機関名()