

# 被保険者 療養費支給申請書

被扶養者

● 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書のほか装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書、治療用眼鏡等の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は別紙の「写し」を添付して下さい。

● 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）は別紙の「負傷原因記入欄」に記入して下さい。

(注意事項)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称						
					所在地					
傷病名					発病又は負傷の年月日	年	月	日		
発病又は負傷の原因										
傷病の経過										
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称				所在地及び電話番号					
	氏名									
診療又は手当の内容					入院期間		自	年	月	日
					至	年	月	日		
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				コルセット装着日	年	月	日		
					診療又は手当に要した費用の額	金				
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚労大臣が定める療養を含むときはその旨										
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由										
第三者の行為による傷病であるとき	その事実と届出の有無				加害者の氏名					
					加害者の住所					
被扶養者に関する申請のとき	氏名				生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者との続柄
振込希望の銀行	銀行				支店(普通当座 第 号)					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 - ふくおかICT健康保険組合 殿 氏名										
委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 円也の受領に関すること。									
					被保険者の 住所 〒 -				氏名	印
				代理人の 住所 〒 -				氏名	印	
振込希望の銀行	銀行				支店 (普通当座 第 号)					

# 領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 頓服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回			
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他		回
	1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日）	合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 住所 医師 氏名					

(注意事項)  
3 2 1  
すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは「診療」明細書の記入は必要ありません。  
この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

**負傷原因記入欄** 初回申請時のみ記入してください。交通事故、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。

<p>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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください）</p> <p><b>【負傷日時・場所等】</b></p> <p>1 いつケガ（負傷）をしましたか 年 月 日（ 曜日） □ 午前 時 分頃 □ 午後</p> <p>2 ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか □ 出勤日 □ 休日（定休日・休暇含む） □ その他（ ）</p> <p>3 ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか □ 勤務時間中 □ 通勤途中（□出勤・□退勤） □ 出張中 □ 私用 □ その他（ ）</p> <p>4 ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか □ 会社内 □ 道路上 □ 自宅 □ その他（ ）</p> <p>5 ケガを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 □職場の行事以外） □ 動物による負傷（飼い主□有 □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 □ 有 □ 無 □ あなたは被害者 □ あなたは加害者</p>	<p><b>【受診した医療機関】</b></p> <p>6 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 年 月 ～ 年 月 □ 治癒 □ 治療中</p> <p>病院名 年 月 ～ 年 月 □ 治癒 □ 治療中</p> <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>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 □ 加入有 □ 加入無</p>
--	---