

支給決定伺

				決裁年月日	令和	年	月	日
				伺年月日	令和	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額		法定		
						円		
						円		
					計			円

療養費 第二家族療養費 請求書

被保険者証の記号と番号	記号 ----- 番号	被保険者の氏名印	フリガナ			㊟
被保険者の現住所	(〒 -)					
事業所の名称						
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日
発病又は負傷の原因						
傷病の経過						
診療を受けた病院等の	名称	所在地			診療した医師の氏名	
診療又は手当の内						
診療又は手当の期間	令和	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した費用の額
	令和	年	月	日まで		
療養の給付を受けることが出来なかった理由						
第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。					
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者の生年月日	昭平	年	月	日
						被保険者との続柄
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 フジクラ健康保険組合理事長 殿						
振込希望の銀行	銀行	支店	普通当座	第	号	口座名 (カタカナ)
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名					受付日付印
	代理人の氏名	(フリガナ) -----				
	代理人の住所					

負傷原因記入欄 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、以下にご記入ください。

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 ()してください。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所等]		[受診した医療機関]
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。 令和 年 月 日 (曜日)		7. 診療を受けた医療機関名とその期間等
	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃		医療機関名
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。		令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中
	<input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む)		医療機関名
	<input type="checkbox"/> その他 ())		令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。		8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤)		
	<input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ())		
	4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。		
<input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
<input type="checkbox"/> その他 ())			
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。			
<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"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事外)			
<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			
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。			
相手 <input type="checkbox"/> 有 → <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。			
		9. 負傷した方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。 <input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無	