

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 申請書

被保険者証の記号と番号	記号 ----- 番号	被保険者の氏名	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	円	
	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	昭平令 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				受付日付印
	被保険者 住所 氏名				
	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。)

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ</p>	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)をしましたか。 令和 年 月 日 (曜日)</p> <p><input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> 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。 <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 ()</p> <p>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 ()</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。 <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 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>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</p> <p>※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>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中 医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>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</p>
--	---	---