

記入例

支給決定伺				決裁年月日	令和 年 月 日
				同年月日	令和 年 月 日
理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額	法定 円
					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 111 番号 12345	被保険者の氏名印	フリガナ フジクラ タロウ 藤倉 太郎	
被保険者の現住所	(〒 000-0000) 東京都江東区〇〇1-1 〇〇マンション101			
事業所の名称	株式会社フジクラ			
傷病名	左膝関節靭帯損傷	発病又は負傷の年月日	令和 2 年 7 月 5 日	
発病又は負傷の原因	テニスをしている際に転倒し、負傷した。			
傷病の経過	装具装着にて経過観察中			
診療を受けた病院等の名称	名称	所在地	診療した医師の氏名	
	〇〇総合病院	東京都江東区△△1-1	□□□□	
診療又は手当の内	左膝用装具の装着			
診療又は手当の期間	令和 2 年 7 月 5 日から 令和 2 年 7 月 5 日まで	1日間	診療又は手当に要した費用の額	25,000 円
療養の給付を受けることが出来なかった理由	製作所との保険契約がないため			
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	被保険者の続柄	
上記のとおり請求します。 被扶養者に関する申請の場合に記入 令和 2 年 8 月 10 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 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 2 年 8 月 10 日			受付日付印
	被保険者の氏名	住所	東京江東区〇〇1-1 〇〇マンション101	
事業主が記入	代理人の氏名	(フリガナ)		
	代理人の住所			

任意継続被保険者のみ記入

必ず記入(H27.2~)
(任意継続被保険者は記入不要)

事業主が記入

被扶養者に関する申請の場合に記入

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 2 年 7 月 3 日 (金 曜日)	7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 ○○総合病院
	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 4 時 30 分頃	令和 2 年 7 月 ~ 令和 2 年 7 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 治療中
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。	医療機関名 _____
	<input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む)	平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中
	<input type="checkbox"/> その他 ()	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。
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">友人とテニスをしている時に足をくじき 転倒した。</div>
	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (テニスコート)		
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 checked="" type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	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	
※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。		