

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 申請書

被保険者証の記号と番号	記号 111 番号 12345	被保険者の氏名	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	昭平令 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	普通 支店 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	住所 東京都江東区〇〇1-1 〇〇マンション101 氏名 藤倉 太郎	
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	<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 2 年 7 月 3 日 (金 曜日)</p> <p><input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 4 時 30 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (テニスコート)</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 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</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 checked="" 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 ○○総合病院 令和 2 年 7 月 ~ 令和 2 年 7 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 医療機関名 平成 年 月 ~ 平成 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。 友人とテニスをしている時に足をくじき 転倒した。</p> <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>
--	--	---