

支給決定伺

記入例:1

保険証不携帯の場合

以前の保険証使用の場合

月 口 金
支給決定額 円

どちらか〇で
囲って下さい。

被保険者
被扶養者

添付書類は下記を確認してください

療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	1	9999	資格取得日	昭和 60年 4月 1日	資格喪失日	平成 年 月 日
	事業所名称	株ワールド		事業主所在地	〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 TEL 078-302-2933		
	療養対象者の氏名	健保 明		生年月日	S・H・R 4年 10月 10日	続柄	長男
	傷病名	風邪		発病又は負傷の年月日	平成 31年 1月 25日		
	発病・負傷の原因	不明			傷病の経過	良好・通院中など	
	診療又は手当をうけた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	和亞瑠土病院		在地及び電話番号	〒666-1111 神戸市○○区××町1-1-1 TEL 078-999-9999	
	診療期間	自H・R 31年 1月 25日 至H・R 31年 1月 28日			4日間	入院の場合の期間	自H・R 年 月 日 至H・R 年 月 日
	診療又は手当の内容	検査・投薬など・・			コルセット装着日	H・R 年 月 日	
	療養の給付を受けることができなかつた理由	保険証不携帯のため		第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無		
振込先	銀行名	神戸銀行		口座No.	0088888		
	支店名	本店		口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ		
本申請は事業主経由であることに同意した上で申請します。							
令和 元年 5月 25日							
ワールド健康保険組合理事長 殿							
被保険者 住所 〒666-0000 神戸市△○町××1-2-3-101							
氏名 健保 太郎							

【添付書類】

受取代理人の欄	保険証不携帯の場合・・・①領収書原本	
	以前の保険証使用の場合・・・①領収書原本 ②診療報酬明細書(「開封厳禁」と記載された封筒)	
<p>※負傷の原因が外傷性(ケガ)の場合、必ず負傷原因報告書★を添付してください。</p> <p>(負傷原因報告書★はこの書式の最終頁にあり)</p>		
又店名		口座名義(カタカナ)

※被保険者以外の口座に振込む場合に記入してください。

支給決定伺

記入例:2

装具代請求の場合

支給決定日 年 月 日

金 円

どちらか〇で囲
って下さい。

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者 が記入 する ところ	被保険者証の 記号番号	1	9999	資格 取得日	昭和 平成 令和 60年 4月 1日	資格 喪失日	平成 令和 年 月 日
	事業所名称	(株)ワールド		事業主 所在地	〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 TEL 078-302-2933		
	療養対象者の 氏名	健保 明		生年 月日	S・H・R 4年 10月 10日		続柄 長男
	傷病名	左膝靭帯損傷		発病又は負傷 の年月日	平成・令和 31年 1月 3日		
	発病・負傷 の原因	サッカー中の事故			傷病の経過	良好・通院中など	
	診療又は手当 をうけた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称	和亞瑠土病院			在地及び 電話番号	〒666-1111 神戸市〇〇区××町1-1-1 TEL 078-999-9999
	診療期間	自H・R 31年 1月 3日 至H・R 31年 1月 3日			1日間	入院の場合 の期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
						コルセット 装着日	H・R 31年 1月 3日
	診療又は手当 の内容	レントゲン撮影など			診療又は 手当に要 した金額	¥25, 750	
	療養の給付を 受けたことが できなかった 理由	装具装着に保険契 約がないため		第三者の 行為によ る負傷で あるとき	その事実と 届出の有無		
振込先	銀行名	神戸銀行		口座No.	0088888		
	支店名	本店		口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ		
上記のとおり申請します。 令和 元年 5月 25日 ワールド健康保険組合理事長 殿 被保険者 住所 〒666-0000 神戸市△〇町××1-2-3-101 氏名 健保 太郎							

【添付書類】①領収書原本

- ②医師の診断書(または意見書)
- ③購入した装具の写真(靴型装具のみ)

※患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの。

全体がわかるように、またロゴやタグ等がある場合は判別できるように撮影してください。

※負傷の原因が外傷性(ケガ)の場合、必ず負傷原因報告書★を添付してください。

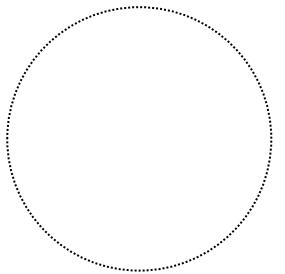
(負傷原因報告書★はこの書式の最終頁にあり)

※被保険者以外の口座に振込
む場合に記入してください。

支給決定伺

受付日

常務理事	事務長	課長	係
支給決定日	年 月 日		
支給決定額	金 円		



被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者 が記入 する ところ	被保険者証の 記号番号		資格 取得日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	
	事業所名称		事業主 所在地	〒 TEL			
	療養対象者の 氏名		生年 月日	S・H・R 年 月 日	継柄		
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	平成・令和 年 月 日			
	発病・負傷の 原因				傷病の経過		
	診療又は手当 をうけた医療 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	〒 TEL	
		氏名					
	診療期間	自) H・R 年 月 日	至) H・R 年 月 日	日間	入院の場合 の期間	自) H・R 年 月 日	至) H・R 年 月 日
					コルセット 装着日	H・R 年 月 日	
	診療又は手当 の内容				診療又は 手当に要 した金額		
	療養の給付を 受けたことが できなかった 理由			第三者の 行為によ る負傷で あるとき	その事実と 届出の有無		
					加害者氏名		
					加害者住所		
振込先	銀行名			口座番号 普・他()			
	支店名			口座名義 (カタカナ記入)			
本申請は事業主経由であることに同意した上で申請します。							
令和 年 月 日							
ワールド健康保険組合理事長 殿							
被保険者 住所 〒							
氏名							

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				
	(請求者) 氏名				
	代理人の住所	〒			
	代理人の氏名				
振込先	銀行名		口座番号 普・他()		
	支店名		口座名義 (カタカナ記入)		

記入例

必要事項を記入の上

各事業所(会社)の申請窓口へ

提出して下さい

負傷原因 報告書

外傷性(ケガ)で申請をする際に、この報告書を提出して下さい

※交通事故等他者の行為による負傷の場合はこの報告書ではなく「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

健康保険組合へご連絡下さい。(健康保険組合 TEL: 078-302-8185)

※業務中のケガや通勤途上のケガ等、労災と思われるものは会社へご相談の上、所定の手続きをすすめて下さい。

保険証 記号番号	被保険者氏名	対象者氏名	対象者 生年月日
98	765	健保 令子	本人 昭和 年 5 月 3 日
被保険者住所および連絡先(携帯または自宅)			被保険者の職種・職場の連絡先
〒650-0000 TEL(090)1234-5678 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1			販売職 TEL(078)123-4567
傷病名	左足関節骨折	負傷日時	令和元年5月25日(土曜日) 午前・午後 10時30分頃
負傷原因と状況	どこで	自宅階段で	
	何をしていて	1階へ急いで降りようとして	
	どうなって	階段を踏み外し	
	身体のどの場所を	左足首を	
	どのように負傷した	捻って転倒した	
業務上の負傷、または通勤・退勤時の負傷、または他者の行為による負傷かどうか、各項目をチェック			
<input type="checkbox"/> 業務上の負傷である <input checked="" type="checkbox"/> 業務外での負傷である		<input type="checkbox"/> 通勤・退勤時の負傷である <input checked="" type="checkbox"/> 通勤・退勤外での負傷である	<input type="checkbox"/> 他者による(相手が判明) <input type="checkbox"/> 他者による(相手は不明) <input checked="" type="checkbox"/> 自分自身による
治療について	病院等で治療を受けたか	<input checked="" type="checkbox"/> 当日受けた(病院名:△△整形外科) <input type="checkbox"/> 後日、受けた(病院名:) (後日治療の理由:) <input type="checkbox"/> 受けなかった	
	治療費の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を使用した <input type="checkbox"/> 第三者が支払った <input type="checkbox"/> その他()	
上記の内容に相違ありません。			
令和元年 5月 30日			
被保険者氏名			健保 令子

【事業所記入欄】

備考(労働基準監督署に確認した内容など)	事業所担当者印
年 月 日 担	事業主が記入するところ

労災が疑われる場合は、事業所にて所定の手続きをして下さい。

その結果、労災認定とならなかった場合で健康保険組合へ申請を行なう際は、確認内容を備考欄に記入して下さい。

ワールド健康保険組合 御中

負傷原因 報告書

外傷性（ケガ）で申請をする際に、この報告書を提出して下さい

※交通事故等他者の行為による負傷の場合はこの報告書ではなく「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

健康保険組合へご連絡下さい。（健康保険組合 Tel : 078-302-8185）

※業務中のケガや通勤途上のケガ等、労災と思われるものは会社へご相談の上、所定の手続きをすすめて下さい。

保険証 記号番号	被保険者氏名	対象者氏名	対象者 生年月日
			昭・平・令 年 月 日
被保険者住所および連絡先（携帯または自宅）			被保険者の職種・職場の連絡先
〒 —	TEL () —	TEL () —	
傷病名		負傷日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
（詳細な記入欄）	どこで		
	何をしていて		
	どうなって		
	身体のどの場所を		
	どのように負傷した		
業務上の負傷、または通勤・退勤時の負傷、または他者の行為による負傷かどうか、各項目をチェック			
<input type="checkbox"/> 業務上の負傷である <input type="checkbox"/> 業務外での負傷である		<input type="checkbox"/> 通勤・退勤時の負傷である <input type="checkbox"/> 通勤・退勤外での負傷である	<input type="checkbox"/> 他者による（相手が判明） <input type="checkbox"/> 他者による（相手は不明） <input type="checkbox"/> 自分自身による
治療について	病院等で治療を受けたか	<input type="checkbox"/> 当日受けた（病院名：） <input type="checkbox"/> 後日、受けた（病院名：） (後日治療の理由：) <input type="checkbox"/> 受けなかった	
	治療費の支払いについて	<input type="checkbox"/> 保険証を使用した <input type="checkbox"/> 第三者が支払った <input type="checkbox"/> その他（）	
上記の内容に相違ありません。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名			

【事業所記入欄】

備考（労働基準監督署に確認した内容など）	事業所 担当者 印
年 月 日 担当者 様へ確認	

労災が疑われる場合は、事業所にて所定の手続きをして下さい。

その結果、労災認定とならなかった場合で健康保険組合へ申請を行なう際は、確認内容を備考欄に記入して下さい。