

**本人 高額の療養費および 一部負担還元金 支給申請書**  
**家族 家族療養付加金**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証記号番号		②被保険者（申請者）の氏名			
	記号	番号	氏名			
			年	月	日生	(印)
	③被保険者（申請者）の住所		〒 — — — — —			
	④事業所の名称（退職者は以前の事業所名）		⑤携帯電話		Tel. — — — — —	
	⑥診療した月	1. 年 月 診療分	1. 年 月 診療分	1. 年 月 診療分		
	⑦診療を受けた者の氏名・続柄及び生年月日	(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)
		氏名	続柄 ( )	氏名	続柄 ( )	氏名
		年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
	⑧診療を受けた病院診療所等の名称	Tel. ( )		Tel. ( )		Tel. ( )
	⑨入院・通院・薬局・訪問の区分	入院・通院・薬局・訪問		入院・通院・薬局・訪問		入院・通院・薬局・訪問
	⑩⑨の病院等で診療を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで	年 月 日から 同月 日まで	年 月 日から 同月 日まで	年 月 日から 同月 日まで	年 月 日から 同月 日まで
⑪⑩の期間に受けた診療に対し病院等で支払った額	円		円		円	
⑫市区町村等、他の制度により自己負担額相当額を受けられるかどうか	受けられない 受けられる		受けられない 受けられる		受けられない 受けられる	
○をお願いします。 ①乳幼児②ひとり親③心身障害者（児）④特定疾患⑤その他（制度名） 「受けられる」に○印を付された方は、都道府県市区町村から交付されている医療証等の写しを添付していただきますようお願いいたします。						

被保険者のマイナンバー記載欄

※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をする為の添付書類が必要です。

⑬支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行 本店 金庫 支店			⑭受 取 代 理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	種 類	1. 普通	2. 貯蓄		3. 当座	被保険者 住所	
	口座番号					(申請者) 氏名	(印)
	フリガナ				代理人 住所		
	預金の名義人				(預金の名義人) 氏名	(印)	
代理人の印は、違う印をお願いします。							

※領収書の写し・通帳の写し(表面)を添付して下さい。

東京織物健康保険組合 03-3661-2254

受付印

※外傷性によるケガの場合は、次項の「負傷原因届」に必ず記入して下さい。

※裏面に注意事項があります。ご確認ください。

※高額療養費等の請求権の消滅時効は診療日の翌月の1日(診療費の自己負担分を診療月の翌月以降に支払ったときは支払った日の翌日)から2年間となっておりますのでご注意ください。

負傷の原因について記入して下さい。(該当する□にチェックして下さい)

<p>負傷日時・場所等</p> <p>1. だれが・いつケガ(負傷)をしましたか。                  保険証記号・番号 _____</p> <p>氏名 _____                  _____年 _____月 _____日( 曜日)  <input type="checkbox"/>午前 ・ <input type="checkbox"/>午後 _____時 _____分頃</p> <p>傷病名 _____</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどちらでしたか。  <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、次のうちどちらでしたか。  <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(負傷)をした原因は次のどちらにあてはまりますか。  <input type="checkbox"/>自らの不注意 ・ <input type="checkbox"/>交通事故(相手 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無)  <input type="checkbox"/>ケンカ ・ <input type="checkbox"/>スポーツ中・( <input type="checkbox"/>職場の行事・<input type="checkbox"/>職場の行事以外)  <input type="checkbox"/>動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無)  <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p> <p>6. ケガ(負傷)をした時は飲酒していましたか。  <input type="checkbox"/>飲んでいた ・ <input type="checkbox"/>飲んでいない                  (飲んでいた場合どの程度: _____ )</p> <p>7. 診療を受けた医療機関とその期間</p> <p>医療機関名 _____                  _____年 _____月～ _____年 _____月  <input type="checkbox"/>治癒 ・ <input type="checkbox"/>治療中</p> <p>8. 被保険者が代表取締役等役員の場合                  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>	<p>9. 負傷した時の状況を具体的に記入して下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 200px;">                 何をしている時、どういうふうになって、どこをケガしたか             </div>
--	--

※相手のいる場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。

※状況により追加して確認させていただく場合がございますのでご了承下さい。