受付年月日	年　月　日	支給支払決議書			
支払年月日	年　月　日	常務理事			係
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間				
支給額	円	被保険者	資格取得日	年　月　日	
			資格喪失日	年　月　日	
		被扶養者	資格取得日	年　月　日	
			資格喪失日	年　月　日	

健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書

岩谷産業健康保険組合　理事長殿

申請者が記入するところ					
① 被保険者等の記号番号	（記号）	（番号）	② 事業所名		
被保険者（申請者）の氏名・印・住所	③ 氏名	（フリガナ） ㊞	④ 住所	郵便番号 □□□－□□□□ TEL（　　）　－	
⑤ 療養を受けた方の氏名・生年月日及び被保険者との続柄	氏名		⑥ 傷病名		
	生年月日	年　月　日	⑦発病又は負傷の年月日	年　月　日	
	続柄		⑧ 傷病の経過		
⑨ 発病又は負傷の原因（ケガの場合は⑯欄の負傷届を記入してください）			⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	（名称・所在地） （診療又は手当をした医師等の氏名）	
⑪ 診療又は手当を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間　入院・通院			
⑫ 診療又は手当の内容			⑬ 診療又は手当に要した費用（治療用装具等の金額）	円	
⑭ 申請理由（該当理由を○で囲んでください。イ・ウの場合はその理由をできるだけ詳しく記入してください。）	ア．治療用装具を作成したため　（装具等の装着について指示を受けた日　年　月　日） （装着日　年　月　日） イ．健康保険被保険者証を使用できなかったため （理由） ウ．その他（理由）				

岩谷産業株式会社社員の方は、給付金の受領を岩谷産業株式会社に委任されていますので、給与振込になります。

<table>
<tr><td rowspan="3">必要な場合　申請者が記入するところ</td><td>⑮任意継続被保険者・資格喪失（予定者）記入欄</td><td colspan="4">任意継続被保険者・資格喪失後の請求の場合は被保険者（申請者）に送金するため、
被保険者（申請者）名義の銀行振込口座をご記入ください。
＊被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、
被保険者との続柄が確認できる書類（戸籍謄本等）が必要。
（死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">振　込　希　望　金　融　機　関</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4"><u>岩谷産業株式会社社員の方は、給付金の受領を岩谷産業株式会社に委任されていますので、給与振込になりますので、記入は不要です。</u>
【被保険者（申請者）の口座に限ります】
フリガナ（　　）　（　　）
銀行　　支店　口座番号
フリガナ（　　）
口座名義人氏名</td></tr>
<tr><td></td><td>⑯負傷届（負傷の発生状況）</td><td colspan="4"><u>いつ</u>　　年　月　日　午前・午後　時　分
<u>どこで（場所）</u>
<u>何の目的で</u>
<u>何をしているときに</u>
<u>どうなった</u></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>第三者行為による傷病ですか</td><td>はい　・　いいえ</td><td>業務上、または通勤途上での傷病ですか</td><td>はい　・　いいえ</td></tr>
</table>

添付書類（要原本）

【保険証不携帯】	【装具】	【治療用眼鏡】
①領収書 ②診療報酬明細書（医療機関）または調剤報酬明細書（薬局）	①医師の意見書等 ②装具装着証明書 ③領収書 ④領収書の内容がわかる書類 ⑤靴型装具に係る申請の場合は当該装具の写真（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）	①弱視等治療用眼鏡等作成指示（コピー） ②領収書

2024.12