

決 裁 令 和 年 月 日

※支給決定決議書	支給額	十 万 千 百 十 円	常務理事	事務長	課長	担当者
	支給期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間				
	支給内容	1.一部負担金を控除する。	資格取得		年 月 日	
	備考		資格喪失		年 月 日	
			扶養開始年月日		年 月 日	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者記号・番号	222-222	② (フリガナ)被保険者氏名	イワテ ケンボ 岩手 健保		
	③ 被保険者の住所	〒 020 - 0122 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇 電話 019-641-7061				
	④ 事業所名称	岩手県自動車販売健康保険組合	⑤ 事業所住所	岩手県盛岡市みたけ3-32-18		
	⑥ 傷病名	傷病名		⑦ 診療費用の額	888,888 円	
	⑧ 発病又は負傷の原因(詳しく)	令和 7 年 12 月 10 日 午前 午後 3 時 20 分頃 (どこで) 駅 転んで		1.勤務中 2.勤務外 3.通勤中		
	⑨ 診療を受けた病院等	病院名 健康保険組合病院 医師名 組合 医師	⑩ 所在地 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇			
	⑪ 診療の期間	自 令和 7 年 12 月 11 日 ~ 至 令和 7 年 12 月 22 日				
	⑫ 健康保険で診療を受けなかった理由	健康保険で診療を受けなかった理由				
	⑬ 被扶養者が申請にかかるとき	氏名	⑭ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑮ 続柄	
	⑭ 支払金融機関	⑯ 銀行等名	岩手 銀行 みたけ 本・支店			
		⑰ 預金の種類	普通預金・当座預金			
		⑱ 口座番号	123456			確認
		⑲ 預金者氏名	岩手 健保			
上記のとおり申請します。 令和 8 年 1 月 11 日 被保険者住所 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇 岩手県自動車販売健康保険組合 理事長 殿 (申請者) 氏名 岩手 健保						
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 被保険者(申請者) 氏名 代理人(口座人名義) 住所 氏名					

医 師 の 証 明 の 欄	傷病名 ()
	装具等の種類 ()
	必要と認められた理由 ()
	令和 年 月 日 住所 医師名称 医師名

※注意事項
 ・医療費・調剤費の申請時は、「診療報酬明細書(レセプト)」と「医療費の領収書(原本)」を添付してください。
 ・輸血等の申請は、輸血を必要と認めた医師の証明書と血液代金の領収書(原本)を添付してください。
 ・治療用装具(小児弱視等の眼鏡やコンタクトレンズ)の申請時は、「治療用装具(眼鏡等)作成指示書(装着証明書)」と「領収書(原本及び宛名・内訳明細有)」を添付してください。

受 付 印