様式6-1

県支部受付印	

決裁欄	事務局長	係長	係	支給決定額	円

本部受付印	

療養費等支給申請書

☐ 診療費(医科・歯科・調剤) ☐ 治療用装具 ☐ 柔整 ☐ 鍼灸マッサージ ☐ 生血 ☐ 移送費

記号・番号	９２－　　－	保険者番号	133280
診療等を受けた者の氏名	フリガナ 氏　名	個人番号	
		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
		性別	１：男 ２：女

傷病名		
発病又は負傷年月日		年　月　日
負傷の状況 (具体的に記入)		
受診した医療機関等	名称	
	所在地	
	医師名等	
受診期間		年　月　日から　年　月　日まで
申請理由		

上記のとおり申請します。

年　月　日

■申請者[組合員]

住所	〒　－　　電話番号（　　）　－ 都道府県	
氏名	フリガナ	個人番号

■注意事項

1. 個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された１２ケタの番号を記入してください。
2. 申請する時は本紙に必要書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄　　上記[組合員]の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒　－　　電話番号（　　）　－ 都道府県		
事業所名		事業主名	

全国板金業国民健康保険組合理事長　殿

本部処理欄

診療年月	年　月　診療	給付割合	7割　8割	入外	入院 ・ 外来	日数	日
療養に要した費用	円	食事に要した費用	円	食事回数	回		
一部負担金	円	食事標準負担額	円				