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
		ここには何も記入しないでください。		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－　13　－23456	保険者番号	133280
診療等を受けた者の氏名	フリガナ　イタガネ　ツヨシ 氏　名　板　金　強	個人番号	1＊34＊67＊90＊2
		生年月日　昭和・平成・令和　5年7月01日	性別　1：男　2：女

傷病名		急性胃腸炎
発病又は負傷年月日		○○年　○○月　○○日
負傷の状況（具体的に記入）		夜中に腹痛、嘔吐、発熱の症状がでた
受診した医療機関等	名称	鉄鋼病院
	所在地	東京都港区御成門３－２－１
	医師名等	薄板　巧
受診期間		○○年　○○月　○○日から　○○年　○○月　○○日まで
申請理由		マイナ保険証(または資格確認書）が手元になかった為

上記のとおり申請します。

○○　年　○○　月　○○　日

■申請者[組合員]

住所	〒 100 － 0001　電話番号（ 03 ） 1234 － 5678 東京 都府 道県　港区三田１－１－１	
氏名	フリガナ　イタガネ　ツヨシ 板　金　強	個人番号 1＊34＊67＊90＊2

■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	〒 189 － 0073　電話番号（ 03 ） 3453 － 8404 東京 都府 道県　港区三田１－３－３７		
事業所名	夢　板　金　工　業	事業主名	屋　根　登

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				