

県支部受付印	
--------	--

事務局長	係長	係	支給決定額	
決裁欄 ここには何も記入しないでください。				円

本部受付印	
-------	--

## 療養費支給申請書

(      年      月分)

診療費 <input checked="" type="checkbox"/>	治療用装具	鍼灸マッサージ	生血	移送費	← 該当する項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
記号・番号	92- 13 - 23456					
診療等を受けた者の氏名	フリガナ	イタガネ ツヨシ			個人番号	1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2
	氏名	板金強			生年月日	昭和 5 7 0 1 3 1 平成 性別 1:男 2:女

傷病名	左足関節外側側副靭帯損傷		
発病又は負傷年月日	平成 27年 12月 3日		
負傷の状況 (具体的に記入)	階段を降りていて、足をくじいた		
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	平成 27年 12月 3日から      年      月      日まで		
保険証で治療等が受けられなかった理由(必須)	(治療用装具の例) 治療用装具の製作会社が医療機関でないため		
支払金額(領収書を添付)	16,000		円

(注) 右欄に記載しがいまい場合は証明できる他の書類に替えてもかまいません。

上記のとおり申請します。

平成 27年 12月 7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		
	氏名	板金強	個人番号	1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2

■注意事項

- 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。
- 申請する時は本紙に必要な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 屋根 登 屋根 登

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿