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

ここには何も記入しないでください。

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	＊	3	4	＊	6	7	＊	9	0 ＊ 2
			生年月日	[✓ 昭和] 平成 令和	年 5	7	月 0	1	日 3	1	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		○○年　○○月　○○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		○○年　○○月　○○日から　○○年　○○月　○○日まで
申請理由		治療用装具の製作会社が医療機関でないため

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 ＊ 3 4 ＊ 6 7 ＊ 9 0 ＊ 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				