

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

(年 月分)

診療費	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☑を入れてください。
記号・番号	92- -				
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			
保険証で治療等が受けられなかった理由(必須)					
支払金額(領収書を添付)		円			

(注) 診療費を申請する場合、レセプトの写しを添付してください。

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

- 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