

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			個人番号					
	氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年	月

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は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

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	電話番号 () - -				
	都 道 府 県				
事業所名			事業主名		
			(印)		

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿