

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

(年 月 分)

<input checked="" type="checkbox"/>	診療費	<input type="checkbox"/>	治療用装具	<input type="checkbox"/>	鍼灸マッサージ	<input type="checkbox"/>	生血	<input type="checkbox"/>	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- 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 平成 令和	5 7 0 1 3 1 性別

傷病名	急性胃腸炎		
発病又は負傷年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
負傷の状況 (具体的に記入)	夜中に腹痛、嘔吐、発熱の症状が出た。		
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	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		
保険証で治療等が受けられなかった理由(必須)	出張中で保険証を手元に持っていなかった為		
支払金額(領収書を添付)	16,000		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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

■申請者[組合員]

住所	〒 100 - 0001	電話番号 (03)	1234 - 5678
氏名	東京 都府 港区三田1-1-1	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

- 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	〒 189 - 0073	電話番号 (03)	3453 - 8404
事業所名	東京 都府 港区三田1-3-37	事業主名	夢板金工業 屋根登