

県支部受付印

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☑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 年 月 日 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) 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。

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
氏名	東京 都府 港区三田1-1-1	フリガナ イタガネ ツヨシ
個人番号	板金 強 (板金) ①	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	夢板金工業
事業主名	屋根 登 (屋根) ①	

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿