

国民健康保険療養費支給申請書

組 合 員 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号				生年月日		昭・平・令	年	月	日										
	療養を受けた方の氏名				療養を受けた方の個人番号															
	傷病名				発病又は負傷年月日		昭・平・令	年	月	日										
	療養を受けた期間		平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	療養に要した費用の額	円								
	診療を受けた医療機関の名称及び所在地等		名称				診療した医師の氏名													
			所在地	〒			電話 ()													
	療養の給付を受けることができなかった理由		該当するものに○をしてください。(項番4に該当する場合は、理由を詳しく記入してください。) 1. 建設連合国保組合への加入手続き中で、被保険者証がまだ届いていなかったため。 2. 旅行先で発病し、被保険者証を持ち合わせていなかったため。 3. 治療のために装具を作成したため。 4. その他 ()																	
	上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。		令和 年 月 日		(〒 -)		住所													
	組合員 氏名		印		個人番号 (組合員)															
	電話(日中連絡先)																			
建設連合国民健康保険組合殿		振込先金融機関 (銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください)		銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類	1 普通・総合	番号(右につめて記入してください)											
		ゆうちょ銀行	記号		番号(右につめて記入してください)		2 当座													
口座名義(カナ)																				
本 部 決 裁 欄	療養費の別		1. 診療費		2. 治療用装具()		3. 柔整・鍼灸		4. 海外療養費		5. 食事療養費									
			診療年月	年	月	医師の同意した日	年	月	日	施術期間	自	年	月	日	決定日	年	月	日	売りレート	円
			入院・外来の別	入院・外来・その他		購入日		年	月	日	至	年	月	日						
			点数()		費用額()		給付割合()				基準額()		標準負担額()		回数()					
備考																				
※右のとおり決定してよろしいか		支給		不支給		支給決定額												円		

本部
受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印