

(注) この欄は記入しないで下さい。

決	裁	理 事 長		常 務 理 事		事 務 局 長		課 長		係 長		主 任		担 当 者
起 案	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金					
	支給 (金) 金額	¥				資 格 取 得	年 月 日			受付NO				
	支給 期間	自	年	月	日	入 院 期 間	自	年	月	日	保険料		月	
備考														

※黒枠に必要事項を記入して下さい

療 養 費 支 給 申 請 書									
被保険者証 の記号番号	建国〇〇-〇〇〇〇〇 枝番 〇〇			療 養 を 受 け た 被 保 険 者	大 建 太 郎		組 続 合 員 と の 柄	本人	
個人番号					〇〇年 ××月 △△日生				
傷 病 名				療 養 期 間					
発病負傷 年月日	年	月	日						
医 療 機 関 名称及び住所									
被保険者証を 使わなかった 理 由	発病の原因並に 傷病の経過療養 の内容			療 養 に 要 し た 費 用	(別紙明細書の通り)				
備 考									
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 〇〇年 ××月 △△日 組合員の { 住 所 大阪市浪速区敷津西2-14-22 氏 名 大建 太郎 大阪建設国民健康保険組合理事長殿									
送 金 方 法 に チ ェ ッ ク し て 下 さ い	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(振込手数料はかかりません)								
	ゆうちょ銀行			通帳記号		通帳番号(右詰めでご記入ください。)			
	フリガナ			1		0			
	氏 名								
	(組合員本人に限る)								
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行(振込手数料は差し引いて振込みます。)									
銀行名			銀行・信用金庫			支店			
預金種類			普・当座・()			口座番号			
フリガナ									
氏 名									
(組合員本人に限る)									
<input type="checkbox"/> 支部窓口									
組 合 記 載 欄			支 給 日			年 月 日			

外傷病名の場合は、必ず負傷の原因を記入して下さい

記入日を記載

本人が亡くなられた場合は、「本人死亡の為(続柄)〇〇〇〇」と記入して下さい。