

(注意事項)

1 所要事項は記入し、記入し直してください。
2 医科、歯科等の申請に該当するものを○でかこんでください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
3 療養費の支給申請をした理由を具体的に記入してください。また、ひと月ごと・療養費の種類ごとに申請書を作成してください。
4 発病又は負傷の原因が外傷の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
5 第三者行為にかかる傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
6 組合員とその世帯に属する被保険者以外が届出を持参した場合は、委任状の添付が必要です。

国民健康保険療養費支給申請書												組合員		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	療 養 費 を 受 け た 被 保 険 者	被保険者証 記号番号	90-									(枝番)	家 族	
		氏名												
		生年月日	年 月 日											
		個人番号 (マイナンバー)												
療養費の種類 該当するものに○をしてください。		医科 歯科 調剤 補装具 接骨 あん摩・マッサージ はり・きゅう 生血 その他()												
傷病名							発病・負傷 年月日		年 月 日					
療養期間		年 月 日から 日まで 日間 (補装具の申請のときは意見書の証明日を記入してください。)												
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地														
診療調剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名														
療養費の支給申請をした理由										療養に要した費用 円				
発病又は負傷の原因		1. 傷病原因調査報告書 提出済 2. その他 ()					備考							
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いたします。														
個人番号 (マイナンバー)														
提出日:		年 月 日		組合員 (申請人)		住所 氏名								
中央建設国民健康保険組合理事長 殿														

※身元確認欄	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所 ()	※身元確認欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	
	身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証		

支 給 決 定 額	取 扱 者
円	
本部受理	
年 月 日	

支 部 長	取 扱 者	出 張 所 長
支部受理		
年 月 日		