

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 平成 令和
					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	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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	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)	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。

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な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

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿