（注意事項）

1）所要事項はもれなく記入し記入もれのないようにしてください。
2）被保険者証で治療等を受ける事が出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他はその理由を具体的に記入してください。
3）医科、歯科等の申請に該当するものをマルでかこんでください。
4）発病又は負傷の原因が特に外傷の場合は具体的に受傷の原因をくわしく記入してください。
5）第三者行為にかかる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
6）記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押印してください。
7）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 / 家族

被保険者が記入するところ

被保険者証記号番号		90－1392　2050
療養を受けた被保険者	氏名	中建　花子
	生年月日	3 昭和・4 平成　52 年 7 月 21 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		アレルギー性結膜炎
発病・負傷年月日		28 年 8 月 1 日
療養期間		28 年 8 月 1 日　から　28 年 8 月 1 日まで 1 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		○○県○○市○○町10-1 △△眼科
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	（被保険者証で治療等を受けられなかった具体的な理由）	窓口で保険証の提出が出来なかったため
療養に要した費用		¥ 8 3 9 0 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：28 年 9 月 20 日

組合員（申請人）　住所　○○県○○市○○

氏名　中建　太郎　中建 ㊞

中央建設国民健康保険組合理事長　殿

※身元確認欄			
確認者	□支部	□出張所（　　）	※印欄は支部・出張所において確認のうえ記入してください。
届出人	□組合員	□代理人（　　）	
身元確認書類	□個人番号カード	□運転免許証　□その他（　　）	
代理権確認	□委任状	□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		

（本部用）