

決 裁	理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平成 年 月 日			

国民健康保険療養費支給申請書					
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	1000-777650	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	愛 建 太 郎	組 合 員 と の 続 柄	本 人
傷 病 名	急性胃腸炎	療 養 期 間	平成 22 年 4 月 10 日から 平成 22 年 4 月 10 日まで (1 日間)		
発 病 負 傷 年 月 日	平成22年4月10日				
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			岐 阜 県 高 山 市 天 満 町 3-11		
診 療、又 は 調 剤 に 従 業 し た 医 師、歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 の 氏 名			鈴 木 一 郎		
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	旅行先にて発病したため 保険証を持ち合わせて いなかった。		傷 病 の 経 過		
			療 養 内 容	投 薬 及 び レ ン ト ゲ ン	
療 養 に 要 し た 費 用			10,000 円		
<p>上記のとおり申請します。 なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み下さい。</p> <p>平成 22 年 4 月 15 日 住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号 組 合 員 氏 名 愛 建 太 郎 T E L (0 5 2) 9 8 2 - 5 7 3 6</p> <p>愛知建連国民健康保険組合理事長 殿</p>					

下記の通り療養費の支給を決定してよろしいか。

療 養 に 要 し た 費 用 額	※ 円	審 査 決 定					給 付 合 割	支 給 決 定 額 円
		増 減 額	単 価	日 数	点 数	費 用 額		
		※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円		

振 込 先	三菱東京UFJ	(銀行)	(信用金庫)	駅前	(本店)	本部受付欄	支部受付欄			
		(農協)	(信用組合)		(支店)	本部受付印	支部受付印			
	預金種別	(普通)		(当座)						
	口座番号	1	2	3	4			5	6	7
	フリガナ	アイケン タロウ								
口座名義	愛 建 太 郎									

◎ 申請者は太枠の部分を記入してください。※は記入しないでください。