

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		療養を受 けた被保 険者氏名		組合員 の 続 柄			
傷 病 名		療養期間	平成 年 月 日から				
発病負傷年月日			平成 年 月 日まで	(日間)			
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、又は調剤に従業した医師、歯科医師又は薬 剤師の氏名							
療養の給付を受 けることができ なかった理由			傷病の 経 過				
			療 養 内 容				
療 養 に 要 し た 費 用			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 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>組合員 氏 名 (印)</p> <p>TEL () -</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 割 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		(銀行) (信用金庫)	(本店)
		(農協) (信用組合)	(支店)
			(出張所)
	預金種別	(普通)	(当座)
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

本部受付欄	支部受付欄
本部受付印	支部受付印

◎ 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。