

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	1234-012340	療養を受けた被 保険者氏名	建築 花子	組合員 との 続柄	妻		
傷 病 名	腰椎々間板ヘルニア	療養期間	平成 22 年 4 月 1 日から 平成 22 年 4 月 10 日まで (10 日間)				
発病負傷年月日							
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			名古屋市中区栄四丁目5-11				
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			加藤 三郎				
療養の給付を受 けることができ なかった理由	業者に装具の作製を 依頼したため		傷病の 経過	装具装着にて経過観察中			
			療養 内容	腰椎装具C軟性			
療 養 に 要 し た 費 用			23,278 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 16 日</p> <p>住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号</p> <p>組合員 氏 名 建築 正</p> <p>TEL (052) 982 - 5736</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	※	審 査 決 定					給 付 合 割	支 給 決 定 額
		増減額	単 価	日 数	点 数	費 用 額		
		※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円		

振 込 先	みずほ (銀行) (信用金庫) 栄 (本店) (支店) (出張所)	本部受付欄	支部受付欄
	預金種別 (普通) (当座)	本部受付印	支部受付印
	口座番号 9 8 7 6 5 4 3		
	フリガナ ケンチク タダシ		
	口座名義 建築 正		

◎ 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。