

支給決定命令	理事長	専務理事	事務長	課長	担当者

事務局記入欄	債主	記号	職	番号	枝番	資格	取得 . . .	喪失 . . .	
		氏名	本人・家族			保険料	月分迄 収納済		
	摘要					区分	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 若人 <input type="checkbox"/> 高一 <input type="checkbox"/> 高7		
	支給金額	円				備考	診察年月日: 令和 年 月 日		

療養(移送)費支給申請書

療養者	被保険者記号番号	記号	職	番号	枝番	傷病名	
	氏名					発病・負傷年月日	令和 年 月 日
	個人番号					第三者行為	有・無 <small>※この申請にかかる傷病が工作中または第三者行為によるものであれば「有」、なければ「無」に○をしてください。</small>
	生年月日	S・H・R	年	月	日	療養期間	自 年 月 日 (日間) 至 年 月 日
療養機関の名称・所在地 療養担当者名	名称: 担当者名:					所在地:	
療養の給付を受けることができなかった理由	<p>【診療費等の申請】</p> <input type="checkbox"/> 保険証を持ち合わせていなかったため <input type="checkbox"/> 資格喪失後に前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 海外で受診のため <input type="checkbox"/> その他()						
	<p>【装具等の申請】</p> <input type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作者は医療機関ではなく療養給付が受けられなかったため						
	<p>【あはきの申請】</p> <input type="checkbox"/> あんま・マッサージのため <input type="checkbox"/> はりきゆうのため						
	<p>【その他の申請】</p> <input type="checkbox"/> その他()						
所属支部長の副申	上記の申請を適正と認めます。						印
	令和 年 月 日						支部長

上記のとおり支給方を申請します。
 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ください。

令和 年 月 日

住所 _____

京都府建設業職別連合国民健康保険組合

氏名 _____ 印

組合員

個人番号 _____

理事長 殿

電話番号 _____

組合員口座	金融機関名	銀行・信用金庫	店	普通・当座					
	フリガナ	※できる限り京都銀行でお願いします							
	口座名義人	口座番号							

- 申請書には明細のある領収書を添付して下さい。
- 治療材料、看護、移送にかかるものについては①の他に医師の意見書を添えて下さい。