

決定決裁年月日	令和 年 月 日	決定伺起案	令和 年 月 日	年 月 日
医師等に支払った金額	¥	副理事長	常務理事	事務局長
査定点数	点	主任	係	支部長
一部負担割合	%			係
支給決定額	¥			

国民健康保険療養費支給申請書

- ① 診療費 ④ マッサージ
- ② コルセット ⑤ 看護
- ③ 鍼、灸 ⑥ 移送

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日	組合員との続柄	
傷病名		療養期間	年 月 日から		
発病、負傷年月日	平成 年 月 日		年 月 日まで		
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					
診療又は調剤に従事した医師 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 装具の製作を業者に依頼した為 ・ 県外診療分のため ・ 保険証を持っていなかった為 その他 	発病の原因		療養に要した費用	
		傷病の経過			
		療養内容			
傷病が第三者の行為に因るものであるときはその事業及び第三者の住所、職業、氏名、並びに既に受けた損害賠償の額					
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します。					
令和 年 月 日					
組合員 住 所					
氏 名					
個人番号					
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿					

※ 治療用器具については、診断書、領収書を添付して下さい。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確・郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()