

法別	国	保	区分	給付割合	支給				円			
	一般	未就学	前期7割	前期8割	入院	()	割					

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	建	療養を受けた 被保険者氏名 生年月日	年	月	日	組合員と の続柄	
		マイナンバー					
傷病名		療養期間	自	年	月	日	
発病・負傷 年月日	年 月 日		至	年	月	日	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							
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名							
療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)						療養に要した費用	円
発病又は負傷の原因							
備考							

上記のとおり、療養費に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住所 _____

組合員(申請者) 氏名 _____

マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証(組合員・他) <input type="checkbox"/> その他()	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	身元確認者	
------	---	-----	---	-------	--

※給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。
 ※長建保では、今回の申請で組合員さんからお預かりした個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、申請後の審査・支給に係る事項以外には使用しません。