

|    |     |      |        |       |             |    |                  |
|----|-----|------|--------|-------|-------------|----|------------------|
| 受付 | 支 部 | 国保組合 | 保険者記入欄 | 保険者番号 | 1 3 3 2 7 2 | 備考 | 前回支給 無・有 ( 年 月 ) |
|    |     |      |        | 入 外   | 入・外         |    |                  |
|    |     |      |        | 割 合   | 7割・8割・9割    |    |                  |
|    |     |      |        | 一部負担金 |             |    |                  |

個

東京土建国民健康保険組合 療養費支給申請書 [ 医科・歯科・薬剤 生血・補装具 ] ( 年 月分 ) ←該当のものを○で囲んでください

|   |                         |                                  |                         |
|---|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 被保険者<br>記号・番号   | 91 -                    | 診療を受けた<br>者の氏名<br>生年月日           | 組合員<br>家 族              |
| 傷 病 名   |                         | 発病・負傷<br>年月日                     | 年 月 日                   |
| 療 養 期 間   | 年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間 ) |                                  |                         |
| 負傷時の状況<br>(ケガの場合は<br>必ず記入)  | どこで                     | 現場・自宅・その他 ( )                    | 何をしているとき<br>工作中・通勤中・私用中 |
|   | どのようにして<br>負傷したか        | 他人(第三者)による負傷の場合は右の□に✓を入れてください。 □ |                         |
| 診療・薬剤の支給又は手当等<br>を受けた医療機関・薬局・そ<br>の他の所在地、名称及び、そ<br>れに従事した医師・歯科医師<br>・薬剤師・その他の者の氏名 | 所 在 地                   |                                  |                         |
|   | 名 称                     |                                  |                         |
|   | 従 事 者 氏 名               |                                  |                         |
| 保険診療が受けられなかった<br>具体的な理由   |                         |                                  |                         |
| 療 養 に 要 し た 費 用   | 円                       |                                  |                         |

個人番号記入欄を忘れずにご記入ください。  
(マイナンバー)

上記の通り申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

|                    |                   |       |
|--------------------|-------------------|-------|
| 東京土建国民健康保険組合 理事長 殿 |                   | 年 月 日 |
| 組 合 員              | 住 所 (〒 - ) 電話 ( ) |       |
|                    | 氏 名               |       |

※申請に関する注意事項は裏面をご確認ください。

※ 組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

|                    |                   |                                      |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|
| 東京土建国民健康保険組合 理事長 殿 |                   | 年 月 日                                |
| 相続人代表者氏名(受取人)      |                   | 被相続人との関係                             |
| 住 所                | (〒 - ) 電話 ( )     |                                      |
| 振 込 先              | 口座名義(カナ)          |                                      |
|                    | ゆうちょ銀行口座番号        | —                                    |
|                    | 銀行等口座番号           | 銀 行 農 協 支 店<br>信用金庫 漁 協<br>信用組合 労働金庫 |
|                    | 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 |                                      |

上記に記入の上、組合員との関係が分かる書類(戸籍謄本・遺言書の写し等)を添付してください。

|       |               |     |     |     |
|-------|---------------|-----|-----|-----|
| 国保記入欄 | 支 給 決 定 額     | 処 理 | 入 力 | 確 認 |
|       | 円             |     |     |     |
|       | 支 給 決 定 年 月 日 |     |     |     |
|       | 年 月 日         |     |     |     |

折り線



## 注意事項

1. 太枠の中は申請者が記入するところです。もれなく記入してください。
2. 外傷（ケガ）の場合には負傷の原因をくわしく具体的に記入してください。
3. 第三者行為にかかる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。