

法 別	国	保	区分	組 合 国 保 給 付 割 合
	一般 25	未就学 25-5	前期 7 割 25-7	前期 8 割 25-8
			入 院	() 割

年 月 日			円		

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	年 月 日			組合員と の続柄			
		生年月日							
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）	届 出 人	<input type="checkbox"/> 組合員	身 元 確 認 者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証（組合員・他）		<input type="checkbox"/> 代理人	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		（ ）	

※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、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。