

決定	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

必要書類は申請の内容によって異なるため、所属の支部で確認をお願いします。

承認	不承認	(不承認の場合、その理由)
----	-----	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

区分	1 国保	1 単独 2 2 併 3 3 併	1 本入 5 家入 2 本外 6 家外 3 六入 4 六外	7 高入一 8 高外一 9 高入七 0 高外七
----	------	------------------------	--	----------------------------------

療養年月	平成・令和	年	月分
------	-------	---	----

公費負担者番号		保険者番号	3 3 3 0 4 7		
受給者番号		被保険者記号・番号	岡304 70000		
療養を受けた被保険者氏名	建設 太郎		続柄	1	2
	昭・平・令	60 年 5 月 1 日生	本人	組合員	家族
			男・女		
個人番号 (マイナンバー)		1 2 3 4	5 6 7 8	9 0 1 2	
*傷病名	右腕剥離骨折		*発病又は負傷年月日	平成 5 年 1 月 10 日	令和
*療養期間	平成・令和	年 月 日 から	*療養に要した費用	療養の給付	7,000 円
	平成	日 日 まで		食事療養費	0 円
(日間)					

*診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等	所在地	岡山市北区駅元町123-4
	名称及び医師又は薬剤師氏名	建労病院

*発病の原因、診療の内容及び傷病の経過 家で転倒し骨折。ギプスにて固定をしており、経過観察中

療養の給付を受けることができなかった理由

種別区分	1	2	3	4	5	7	8	88		
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・キュウ	移送	その他

第三者行為 該当 非該当 ※該当の場合は給付できません。必ず印鑑を押してください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

住所 岡山県岡山市北区駅元町23-12
組合員 氏名 建設 太郎 (印) 建設

令和 4 年 12 月 1 日
岡山県建設国民健康保険組合 殿
※個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

※上記の療養を受けたものと同じ場合は、省略可

決定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

身元確認欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部 ()
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()