

※太線の枠内のみご記入の上、必要書類を添付して申請してください。

療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	143065		療 養 月	平成・令和 年 月 分	
記号・番号	36-		保 険 種 別	1. 国	1. 本入 3. 六入 5. 家入 7. 高入 9. 高入7
療養を受けた被保険者氏名				4. 退	2. 本外 4. 六外 6. 家外 8. 高外 10. 高外7
マイナンバー			給 付 割 合	7割 8割 9割	
性 別	1. 男 2. 女		生 年 月 日	3. 昭 4. 平 5. 令 年 月 日	
点 数 表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤		取 得 年 月 日	3. 昭 4. 平 5. 令 年 月 日	
療 養 種 別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. はり・きゅう 08. その他				
療養に要した費用	円	実 日 数	日	食 事 回 数	回
一 部 負 担 金	円	傷 病 名			
食事に要した費用		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
食事標準負担額		傷 病 経 過			
※ 査 定 金 額		療 養 期 間	平成・令和 年 月 日 から		
支 給 金 額	円		平成・令和 年 月 日 まで		
病院等の名称及び所在地		療養の給付を受けることができなかった理由	1. 緊急で保険証を持っていなかった為 2. 治療用装具を作成した為 3. 他の健保等への返納金の為 4. その他 ()		

負 傷 原 因 届 (ケガの場合は必ずご記入ください)	負 傷 日 時	平成・令和 年 月 日	
負傷した部位	負 傷 場 所		
どのような状態で負傷しましたか?			就 業 中 就 業 外

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いたします。

令和 年 月 日

組合員

住 所

氏 名

●申請者のマイナンバー

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

決 裁	常務理事	事務局長	支 部	支部長印	係 印	支 部 名	受 付 印
	決 定 年 月 日			給付課長	点 検		
	決 定 金 額		本 部				