

保険給付費療養費支給決定伺 令和 年 月 日

金額	円	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員
被保険者証 記号番号	87-					
組合員氏名		受給者 続柄氏名				
支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	資格取得	昭・平・令 年 月 日			
傷病名		前回支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間			
		療養開始	令和 年 月 日			

様式第40号

(上は記入しないで下さい)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	87-	受診者名		本人・家族	S・H R	年 月 日生
療養の給付を受けることができなかった理由(必ず記入して下さい)						
傷病名		初診	診療期間	実日数	転帰	
		年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	治ゆ	死亡 中止
負傷原因				業務上・外	交通事故	
診療内容		点数又は金額	摘要		領収欄	
診療料	初診 再診 往診	回 回 回			令和 年 月 日	
投薬料	内服 外用 その他	単位 単位 単位			医療機関	
注射料	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回			所在地 氏名 氏名	
処置 手術 麻酔		回 回			円也領収しました。	
レントゲン 検査 その他		回 回 回				
入院料	病院 診療所	食基看 普・基 寝	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	入院時医学管理料		
合計			点 円	決定額	㊦	

療養費領収書発行についてお願い

3.2.1. 領収書
療養費支給上必要ですので、お手数ですが領収明細書欄に診療内容をご記入のうえお渡し願います。
領収金額を訂正した時は訂正印を押捺して下さい。
これを証明できる他の書類にかえてもよい。

上記のとおり申請します。
 令和 年 月 日
 住所
 組合員 氏名
 全国左官・タイル・塗装業国民健康保険組合理事長殿
 に委任します。