様式第40号

国民健康保険療養費支給申請書

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

以下の太枠内をご記入ください。

保険者番号		0	0	1	3	3	2	3	1	記号・番号	87－1324	5678
療養を受けた方	受給者氏名	国保　太郎										
	生年月日	3．昭　(4．平)　5．令　1年　10月　10日										
	性別	(1．男)　2．女										
	入外	1．入院　(2．外来)										
	発病又は負傷の理由	急性上気道炎										
	療養の給付を受けることができなかった理由	保険証不携帯のため										

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 8 年 4 月 1 日

組合員　住所　新宿区市谷田町2-29

氏名　国保　太郎

電話　03-3269-4778

（宛先）全国左官タイル塗装業国民健康保険組合　理事長　殿

支部受付印　　本部受付印

（下記は記入しないでください。）

資格区分	国保		給付割合	7割　8割	日数		日
本家区分	本人　家族　未就学　高齢者		療養期間	令和　年　月　日から			
診療年月	令和　年　月　診療			令和　年　月　日まで			
診療を受けた医療機関名							
診療を受けた医療機関名又は施術師							
支給申請をした理由							
療養に要した費用額			食事回数	回			
審査認定額			食事に要した費用				
一部負担金			食事標準負担額				
支給額							

ここには何も記入しないでください