

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	昭利・平成・令和	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- 1234 5678	受診者名	国保 太郎	本人・家族	<input checked="" type="radio"/> S・H <input type="radio"/> R	29年 1 月 1 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)

治療用眼鏡作製のため

傷病名	初診 年 月 日	診療期間 自 年 月 日 至 年 月 日	実日数 日	転 帰		
				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 初 診	回				令和	金
療 再 診	回				年	
料 往 診	回				月	
投 内 服	単位				日	
薬 屯 診	単位					医療機関
料 外 用	単位					氏 名 所 在 地
其 他						円也領収しました。
注 皮 下 筋 肉 内	回				氏 名	
射 静 脈 内	回				名 称	
料 そ の 他	回					
処 置	回					
手 術	回					
麻 酔						
レ ン ト ン	回					
検 査	回					
其 他	回					
入 病 院 食 基 看	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間					
料 診 療 所 普 基 寝	入院時医学管理料					
合 計		点 円	決定額			

上記のとおり申請します。

なお、上記療養費の受領を

に委任します。

令和 3 年 10 月 1 日

組合員

住所 東京都新宿区市谷田町2-29

氏名 国保 太郎

全国左官・タイル・塗装業国民健康保険組合理事長殿

療養費領収書発行についてお願い

3.2.1. 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。
領収書および領収明細書については、これを証明できる他の書類にかえてもよい。