

決 裁	事務局長	係	入力済	突合済	決定年月日
					決定額

### 療養費支給申請書

01 一般診療・02 治療用器具・03 柔道整復術・04 按摩・マッサージ・05 鍼・灸・07 移送費・08 その他  
令和 年 月 分

医療機関番号			
1. 一般	0. 外来 1. 入院	1. 本人 2. 家族 3. 義務教育 就学前者 4. 高齢者	給付割合 7割・8割 9割

氏名	保険者番号	3 7 3 0 4 3
	保険者名	香川県建設国民健康保険組合
性別・生年月	被保険者の記号番号	香組4

傷病名	転帰	治ゆ	死亡	中止
発病負傷年月日	令和 年 月 日	療養期間	日から	日まで

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地	
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名	
療養の給付を受けることができなかつた理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。 ② 医師の同意によりマッサージ（鍼・灸）を受けたもの。 ③ その他（具体的に： ）
発病の原因	
傷病の経過	
療養内容	

療養に要した費用	円	医療機関等への受診理由（該当理由を☑） <input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 仕事中のケガ等 <input type="checkbox"/> 第三者によるケガ等 （ 1. 交通事故 2. けんか 3. その他（ ） ）
備考	令和 年 月 日 No. 同意書提出済	

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類（領収書及び診療内容の明細書）を添えて申請します。  
令和 年 月 日 組合員住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
香川県建設国民健康保険組合理事長殿 電話番号(日中連絡のとれるもの) \_\_\_\_\_

給付金支払指図	給付金の支払方法 (番号を○で囲んでください。)	1. 給付金等振込指定口座への振込 2. マイナポータルから登録した公金受取口座への振込 3. 別途振込 4. 支部窓口払	(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。)
	別途振込の場合	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)	委任欄 この申請に基づく給付金の受領を下記受任者へ委任します。 令和 年 月 日
	ゆうちょ銀行	通帳記号 通帳番号 (右詰で記入してください。)	組合員 住所 _____ 氏名 _____ 印
	銀行	百十四 銀行 本店 支店 出張所 店番 口座種目 口座番号 (右詰で記入してください。) 普通 ・ 当座	受任者 住所 _____ 氏名 _____ 印 香川県建設国民健康保険組合理事長殿

支部長氏名 \_\_\_\_\_ 印

決定欄	公費番号	費用額	一部負担金額	食事療養	日数	合計金額	標準負担額	
	保険	円	円		保険	日	円	円
	公費①	円	円		公費①	日	円	円
	公費②	円	円		公費②	日	円	円