

療養費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎申請理由に応じて、医師の証明書（明細書）等と領収書を添付してください。

※添付書類は下記をご覧ください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

◎添付書類について

- この療養費支給申請書により、（一旦施術料金の全額を支払った後）組合から受領される場合は、添付書類として
 - ・施術内容が明らかになる明細書
 - ・医師の同意書(病名、症状及び発病年月日が明記された診断書でも差し支えありません。)
 - ・領収書
 を併せて提出してください。

2 この申請書によらず、保険を取り扱うはり師・きゅう師で被保険者証を提示して施術を受ける場合は、受領委任の手続きが必要となります。

3 その他の添付書類

- ・組合員がけがのため療養費の支給を受けようとする場合、「組合員負傷届」を添付してください。
- ・交通事故、闘争など第三者行為によるけがのため療養費の支給を受けようとする場合、「第三者行為による被害届」を添付してください。（「組合員負傷届」、「第三者行為による被害届」は、組合ホームページからダウンロードしていただくか、給付事務センターにお問い合わせください。）

全国土木建築国民健康保険組合 療養費支給申請書		提出区分
○ 組合員（申請者）に関する項目		
組合員	被保険者証記号・番号 71-1505 120	氏名 石井 彰
	住所 〒191-0001 日野市中町2-25-7	個人番号 △△△△△△△△△△△△△△△△
	電話番号 (042) 123-4567	1 自宅・2 携帯・3 その他 ()
申請年月日	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名 平河土木株式会社
申請者区分	1 組合員 ① 次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。	
申請者	氏名 個人番号 住所 電話番号	組合員との続柄
○ 申請内容に関する項目 療養を受けた被保険者が組合員（申請者）である場合、「個人番号」欄は記入不要です。		
療養を受けた被保険者氏名	石井 清子	生年月日 昭和 31 年 4 月 17 日
個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△	
療養の給付を受けることができなかった理由	1 () という理由で、診療費を自費により支払ったため 2 コルセット等治療用装具を装着した 3 柔道整復師の施術を受けた 4 はり・きゅう師の施術を受けた 5 マッサージ師の施術を受けた 6 輸血を受けた（生血の費用を支払った） 7 海外の病院等で受診した	
療養に要した費用の額	5,000 円	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
○ 受領方法、振込先等		
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） 2 次の代理人に受領を委任します。	
代理人	氏名 住所 電話番号	組合員 氏名 住所
振込先	金融機関名称 D K H 銀行	支店名称 日野支店
	コード 1 3 2	
	預金種目 ① 普通（総合を含む）・2 当座	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
		口座名義（フリガナ） (石井 彰)

◎事業主への受領委任を希望される場合、

- 「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
- 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎療養を受けた被保険者氏名、その他申請内容をご記入いただく項目です。

◎「療養の給付を受けることができなかった理由」欄の「2」～「7」に該当しない場合、「1」を○で囲み、括弧内に理由を記入してください。

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）
記入誤りがあった場合は振込送金できませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）