

(様式第23号)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	建設番号	— —					
個人番号(12桁)								
療養を受けた被保険者氏名			続柄		生年月日	昭 平	年 月 日	
傷病名			傷発病の年又は負日		年 月 日	負傷発病又は原因		
療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	傷病の経過				
療養の費用額			円	療養の内容				
診療を受けた病院 診療所の名称医師等	名称				医師氏名			
	所在地							
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることが出来なかった理由								
備考								
<p>上記のとおり、療養費の支給を申請します。 尚給付金は、下記金融機関の口座へ振込み願います。 埼玉県建設国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>年 月 日 組合員 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>個人番号(12桁) _____</p>								

本人確認欄	来所者(○で囲む)	来所者氏名	代理権確認	番号確認	身元確認
	本人			○個人番号カード ○通知カード □住民票	○個人番号カード ○運転免許証 ○その他 ()
	代理人 (関係:)		□委任状		

○: 提示確認(郵送受付時は写し提出) □: 提出 ※確認資料にレ点チェック

振込先	銀行 本店	支給金額	円	
	金庫 支店			
	農協	地本取扱者印	受付印	支払印
	口座番号 普通座 No.			
フリガナ				
名義人				

※医師の診断書、領収書(明細が記載されていること)ともに原本を添付して下さい。 2016.1
ただし原本が必要な場合、建設国保から支給後に返却可 → 返却希望 有り ・ 無し