

受付	支 部	国保組合

備考	
----	--

東京土建国民
健康保険組合

療養費支給申請書

(医科) 歯科・薬剤
生血・補装具用

(18年 5月分)

該当のものを でかこんで下さい。

被保険者証の 記号 - 番号	91 99	12345	診療を受け た者の氏名 生年月日	山田 太郎	組合員 家族	結 精
傷 病 名	右足関節捻挫		発病・負傷 年 月 日	大(昭)・平 45年 7月 25日生 平成 18年 5月 3日		
療 養 期 間	平成 18年 5月 3日から 平成 18年 5月 3日まで(1日間)					
負傷時の状況 (ケガの場 合は必ず記入)	どこで	JR代々木駅前路上 (現場・自宅(その他))				
	何をしているとき	コンビニへ買い物に行くため自転車走行中 (工作中・通勤途中(私用中))				
	どのようにして 負傷したか	ハンドル操作を誤り転倒した際、 右足をひねった。				
診療・薬剤の支給又は手当等 を受けた医療機関・薬局・そ の他の所在地、名称及び、そ れに従事した医師・歯科医師 ・薬剤師・その他の者の氏名	所 在 地	渋谷区代々木2 - 33 - 3				
	名 称	東京土建病院				
	従事者氏名	土建 一郎				
被保険者証で治療等が受け られなかった具体的な理由	外出中の負傷だったので、保険証を持っていなかったため					
療 養 に 要 し た 費 用	20,000 円					

上記のとおり申請します。支給される給付金は、先に届け出た郵便貯金口座届により振込み下さい。

東京土建国民健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日

組 合 員	住所	(〒 151 0053) 電話 03 (3370) 2316 渋谷区代々木2 - 33 - 3
	氏名	山田 太郎 印

組合員本人が死亡し、法定相続人が申請する場合は下記に記入・捺印の上、
組合員との関係がわかる書類を添付してください。

申 請 者 氏 名		印	組 合 員 との続柄	
住 所	(〒) 電話 ()			
振 込 先	口 座 名 義			
	郵便局口座番号			
	銀行等口座番号	銀 行 農 協 信用金庫 漁 協 信用組合 労働金庫	支 店	
	1 . 普通 2 . 当座 3 . 貯蓄			

- (注意事項)
1. 太枠の中は申請者が記入するところです。もれなく記入してください。
 2. 被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他は、その理由をくわしく具体的に記入してください。
 3. 外傷(ケガ)の場合には負傷の原因をくわしく具体的に記入してください。
 4. 第三者行為にかかる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
 5. 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押してください。