

(注) この欄は記入しないで下さい。	決 裁 事 長		常 務 理 事		事 務 局 長		課 長		係 長		主 任		担 当 者
	起 案	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金			
		支給(金)金額	¥	資格取得			年 月 日			受付NO			
		支給期間	自 至	年 月 日	年 月 日	入院期間	自 至	年 月 日	年 月 日	保険料		月	
	備考												

※黒枠に必要事項を記入して下さい

療 養 費 支 給 申 請 書										
被保険者証の記号番号	建国	枝番	療養を受けた被保険者	年 月 日生			続柄	組合員との		
個人番号			療養期間							
傷病名	年 月 日									
発病負傷年月日	年 月 日									
医師の住所氏名										
被保険者証を使わなかった理由	発病の原因並に傷病の経過療養の内容		療養に要した費用	(別紙明細書の通り) 円						
備考										
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 組合員の { 住所 氏名 大阪建設国民健康保険組合理事長殿										
送金方法にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(振込手数料はかかりません)									
	ゆうちょ銀行			通帳記号		通帳番号(右詰めでご記入ください。)				
	フリガナ			1 0		1				
	氏名(組合員本人に限る)									
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行(振込手数料は差し引いて振込みます。)									
銀行名		銀行・信用金庫			支店					
預金種類		普・当座・()			口座番号					
フリガナ										
氏名(組合員本人に限る)										
<input type="checkbox"/> 支部窓口										

組 合 記 載 欄	支 給 日	年 月 日
-----------	-------	-------