

年 月 日 決定			円	
本件、支給してよろしいか				

法別	国 保				区分 入院	組合国保 給付割合 ( )割
	一般 25	3歳未満 25-3	前期8割 25-8	前期9割 25-9		

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	建 .	療養を受けた 被保険者氏名 生 年 月 日	昭・平 年 月 日	男 女	組合員と の続柄
傷 病 名			療 養 期 間	自 年 月 日	日 間
発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日	至 年 月 日			
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					
診療の給 付を受け ることが できなか った理由	発病の 原 因			療 養 に 要 し た 費 用	円
	傷病の 経 過				
	療養の 内 容				
備 考					

上記のとおり、療養費に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日 (〒 - )

住 所

組 合 員

氏 名

Ⓜ

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿

所属組合 の 確 認	組 合 名 及 び 組 合 長 氏 名	処 理 年 月 日
	Ⓜ	(受付) 年 月 日 (請求) 年 月 日

(注) 給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。