

支 出 伺	期 日	平成 年 月 日	理 事 長	常 務 理 事	審査決定点数	点
		組 合 記 入 欄			金 額	円
	事務長		支給額	円		

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	芸	療養を受けた者の 氏名・生年月日	男・女 大・昭・平 年 月 日(満 歳)
医療機関の名称		療養の期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (装着)
傷病の原因	(1)いつ 年 月 日(曜日) 午前・午後 時頃 (2)どこで <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 外出場所 (3)どんな用事で何をしている時 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 仕事中 <small>※該当箇所を記入し □部分を✓してください</small> (4)本人の故意、違法行為、闘争、泥酔等の有無 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし (5)第三者による加害行為(交通事故)の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
国民健康保険を 使えなかった理由			
療養の内容	入院・外来・薬剤(院外処方)・治療用装具・柔道整復・はり灸・あんまマッサージ その他()		
療養の給付に 要した費用	円	食事療養に 要した費用	(入院時のみ記入) 円
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そえて申請します。 平成 年 月 日 千 一 TEL () 住所 組合員 氏名 (印)			
京都芸術家国民健康保険組合理事長殿			
口座振込 指定欄	給付金の受領は下記の通りお振込みください。 銀行 (店番) 普 口座番号 金庫 _____ 支店 当 _____ フリガナ 口座名義人 _____ お願い ※振込通知書で領収書にかえます ので組合員名義の口座で。		
委任 の 欄	この欄は給付金の受領を 申請者(組合員)以外の口 座に振り込むときだけ記 入してください。 申請の給付金に受領を() に委任します。 平成 年 月 日 組合員氏名 _____ (印)		

- 注
1. 支出伺欄は記入しないでください。
 2. 診療費の請求の時は診療担当医の記載を得た診療費明細書と領収書を添付して下さい。
 3. コルセットの請求の時は診断書と装着証明書と領収書を添付してください。