

支給決定命令	理事長	専務理事	事務長	課長	担当者

赤色で色付けされた欄は記入必須です。  
こちらの記入例を参考にすべてご記入ください。

事務局記入欄	債主	記号	職	喪失	・	・	
		氏名				月分迄 収納済	
	摘要			区分	<input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 若人	<input type="checkbox"/> 高一
	支給金額					日	

申請の対象者(療養者)を記入してください。

記号・番号・枝番は、保険証(現在は発行しておりません)、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでも確認することができます。

### 療養(移送)支給申請書

療養者	被保険者記号番号	記号	職	27	番号	0001	枝番	01	傷病名		該当に○をしてください。					
	氏名	職別 花子							発病・負傷年月日	令和 6 年 0 月 末頃 日						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	第三者行為	有・無	※この申請にかかる傷病が仕事申中または第三者行為によるものであれば「有」、なければ「無」に○をしてください。
	生年月日	S	H	R	45	年	1	月	1	日	療養期間	自 R6 年 11 月 2 日 (70 日間)	至 R7 年 1 月 10 日			
療養機関の名称・所在地療養担当者名	名称: ○○○病院				担当者名: ○○ ○○医師											
	所在地: 京都市○○区○○町△番地△															
療養の給付を受けることができなかった理由	<p>【診療費等の申請】</p> <input type="checkbox"/> 保険証を持ち合わせていなかったため <input type="checkbox"/> 資格喪失後に前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 海外で受診のため <input type="checkbox"/> その他( ) <p>【装具等の申請】 治療用装具、お子様の弱視眼鏡、弾性着衣はこちらにチェックを入れてください。</p> <input checked="" type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作者は医療機関ではなく療養給付が受けられなかったため <p>【あはきの申請】</p> <input type="checkbox"/> あんま・マッサージのため <input type="checkbox"/> はりきゆうのため <p>【その他の申請】</p> <input type="checkbox"/> その他( )															
所属支部長副の申	上記の申請を適正と認めます。 令和 年 月 日 支部長															
	該当の理由にチェックを入れてください。 該当する理由がない場合には、その他に記入をしてください。															

治療継続中の場合は上段の開始年月日のみご記入ください。

上記のとおり支給方を申請します。

なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み

令和 7 年 2 月 3 日

組合員の情報を記入してください。  
押印も必要です。

京都府建設業職別連合国民健康保険組合

住所 京都市中京区壬生坊城町24-1

氏名 職別 太郎

個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

電話番号 075 - 801 - 0478

組合員名義の口座を記入してください。  
振込手数料の都合上、できる限り京都銀行を指定してください。

組合員口座	金融機関名	京都	銀行・信用金庫	大宮支	店	普通	当座			
	フリガナ	※できる限り京都銀行でお願いします シヨクベツ タロウ								
	口座名義人	職別 太郎		口座番号	0	0	0	0	0	0

- 申請書には明細のある領収書を添付して下さい。
- 治療材料、看護、移送にかかるものについては①の他に医師の意見書を添えて下さい。