

支給決定命令				債 主	記号番号	職	資 格	取得	・	・	
専務理事	事務長	主任	担当者		氏名	本人 家族		喪失	・	・	
				支給金額			参考 事項	保険料	月分迄 収納済		
起案	・				円				給付 記録	・	
決裁	・			摘要							

療養(移 送)費支給申請書

療 養 者	被保険者証 の記号番号	職	傷病名	
	氏名		発病・負傷 年月日	平成 年 月 日
	個人番号		療養期間	自 年 月 日 (日間)
	生年月日	年 月 日		至 年 月 日
療養機関の 名称・所在地 療養担当者氏名				
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由				
所属支部長 の副申	上記の申請を適正と認めます。			
	平成	年	月	日
			支部長	印

上記のとおり別紙証拠書類を添えて支給方を申請します。

平成 年 月 日

住所

氏名

組合員

個人番号

電話番号

京都府建設業職別連合国民健康保険組合 殿

振込希望銀行名	銀行 金庫	店	普通・当座
フリガナ		口座番号	
預金口座名義			
〒番号		◎ はっきりと正確にご記入下さい。	

- 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。

同意書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。
	組合員氏名
	印

※ 振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。