

国民健康保険療養費支給申請書

様式 6-1

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	支 給 決 定 伺	支給決定額			入 力
								令和	年	月	日
被保険者証の 記号番号		新建		療養を受けた 被保険者氏名		組合員と					
生年月日		昭・平・令 年 月 日		個人番号		の続柄					
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											
療養の給付を 受けられなかつた理由		傷病名及び その原因		発病 (負傷) 年月日		平成・令和 年 月 日		傷病の 経過			
				療養 期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				療養に 要した 費用	
受取人の 支払金融機関		金融機関名		店名		預金種別		口座名(カナ/漢字)		口座番号	
								カナ 漢字		支 部 名	
		上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。							組合員住所		
		令和 年 月 日							氏名		
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様							個人番号				