

(様式11-1号)

令和 年 月 日 支給

支部長印

費用額	一部負担額	支給額
円	円	円

担当者

① 療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	宮建	療養を受けた 被保険者氏名	氏名	組合員 の 続 柄
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
発病負傷 の年月日	令和 年 月 日			日間
発病又は、負傷の 原因及びその経過	ケガ等の場合は該当に○をつけ、いつ、どこで、どのような状況でケガをしたか、ご記入下さい 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）※原因により、支給できない場合があります。			
診療・薬剤の支給又は 手当を受けた病院等の 名称及び所在地、 医師、薬剤師氏名				
療養の内容				
療養の給付を 受ける事が出来 なかった理由				
費用額	円	備考		

公金受取口座を利用します。（希望者は□にチェック）
※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。

振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名 本店 支店	預金の種類 普通・当座・貯蓄
				口座番号

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。（ご家族の方や、事業所名義は対象外です。）

申請に必要なもの	・領収証（原本） ・レセプト（診療報酬明細書）
----------	----------------------------

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 電話番号

組合員 住所

フリガナ
氏名 印

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長