

常務理事	事務局長	課長	係	整理番号	
伺 下記のとおり認定してよろしいか 令和 年 月 日					
申請区分	装具	資格取得日	S・H・R 年 月 日	資格喪失日	S・H・R 年 月 日
決定金額	円	備考			

(ここから上の欄は記入しないでください)

療 養 費 支 給 申 請 書						
被保険者証の記号番号		煙国 - -		(枝番)		
療養を受けた被保険者	氏名				性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			組合員との続柄	
	マイナンバー					
療養の給付を受けることができなかった理由			治療用装具の装着(コルセット・サポーター・その他)			
療養を受けた病院等	名称	別紙「意見書」のとおり		医師の氏名	別紙「意見書」のとおり	
	住所	別紙「意見書」のとおり				
傷病名	別紙「意見書」のとおり			傷病経過	別紙「意見書」のとおり	
第三者行為によるものですか？※ はい・いいえ		※第三者行為とは、他人(第三者)によって引き起こされたケガなどのことです。「はい」の場合は、別途手続きや書類の提出をお願いすることがあります。その際は、追って文書等でご連絡いたしますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。				
発病・負傷原因				発症・負傷年月日	平成 年 月 日・不明 令和	
診療年月	別紙「意見書」のとおり			療養に要した費用	円	
上記のとおり、必要書類(領収書等)を添えて申請します。 令和 年 月 日						
住所 〒 -						
組合員(申請者) 電話番号 ( ) -						
氏名 印						
マイナンバー						
関西たばこ国民健康保険組合 理事長 殿						

希望振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合			
	支店名	支店・出張所		支店コード (店番号)	
	口座区分	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	金融機関電話番号	( ) -			
	(フリガナ)				
口座名義人					