

個

|        |     |         |                            |       |                 |        |                  |
|--------|-----|---------|----------------------------|-------|-----------------|--------|------------------|
| 受<br>付 | 支 部 | 国 保 組 合 | 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 保険者番号 | 1 3 3 2 7 2     | 備<br>考 | 前回支給 無・有 ( 年 月 ) |
|        |     |         |                            | 入 外   | 入 ・ 外           |        |                  |
|        |     |         |                            | 割 合   | 7 割 ・ 8 割 ・ 9 割 |        |                  |
|        |     |         |                            | 一部負担金 |                 |        |                  |

東京土建国民健康保険組合

# 療養費支給申請書

( 医科・歯科・薬剤  
生血・補装具用 )

( 年 月分 )

←該当のものを○で囲んでください

|   |                              |                    |            |   |     |
|---|------------------------------|--------------------|------------|---|-----|
| 被保険者証の<br>記号・番号   | 91 -                         | 診療を受けた者の氏名<br>生年月日 | 昭・平 年 月 日生 | 男 | 組合員 |
|   |                              |                    |            | 女 | 家族  |
| 傷 病 名   |                              | 発病・負傷<br>年 月 日     | 平成 年 月 日   |   |     |
| 療 養 期 間   | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間 ) |                    |            |   |     |
| 負傷時の状況<br>(ケガの場合<br>は必ず記入)  | どこで                          | (現場・自宅・その他)        |            |   |     |
|   | 何をしているとき                     | (工作中・通勤途中・私用中)     |            |   |     |
|   | どのようにして<br>負傷したか             |                    |            |   |     |
| 診療・薬剤の支給又は手当等<br>を受けた医療機関・薬局・そ<br>の他の所在地、名称及び、そ<br>れに従事した医師・歯科医師<br>・薬剤師・その他の者の氏名 | 所 在 地                        |                    |            |   |     |
|   | 名 称                          |                    |            |   |     |
|   | 従事者氏名                        |                    |            |   |     |
| 被保険者証で治療等が受け<br>られなかった具体的な理由  |                              |                    |            |   |     |
| 療 養 に 要 し た 費 用   | 円                            |                    |            |   |     |

上記の通り申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

|                    |            |        |
|--------------------|------------|--------|
| 東京土建国民健康保険組合 理事長 殿 |            | 年 月 日  |
| 組<br>合<br>員        | 住 所 (〒 - ) | 電話 ( ) |
|                    | 氏 名        | (印)    |

※申請に関する注意事項は3枚目をご覧ください。

## ※ 組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

組合員死亡に伴い、私が申請した療養費の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

|                    |            |                                  |     |
|--------------------|------------|----------------------------------|-----|
| 東京土建国民健康保険組合 理事長 殿 |            | 年 月 日                            |     |
| 相続人代表者(受取人)        | (印)        | 被相続人との関係                         |     |
| 住 所                | (〒 - )     | 電話 ( )                           |     |
| 振<br>込<br>先        | 口 座 名 義    |                                  |     |
|                    | ゆうちょ銀行口座番号 |                                  |     |
|                    | 銀行等口座番号    | 銀 行 農 協<br>信用金庫 漁 協<br>信用組合 労働金庫 | 支 店 |
|                    |            | 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄                |     |

上記に記入・捺印の上、組合員との関係が分かる書類(戸籍謄本・遺言書の写し等)を添付してください。

個人番号記入欄を忘れずに記入してください。1と2枚目を合せて提出してください。

**【注意】**申請ごとに組合員の身元確認書類と番号確認書類の提示が必要です（郵送で申請する場合は写しを添付してください）。また、診療を受けた方が組合員以外で、かつ今回初めて国保組合に個人番号を届け出る場合は、診療を受けた方の番号確認書類の写し（下記参照）の添付も必要となります。

| 番号確認書類  | 身元確認書類 (AまたはB)   |   |
|---|--|---|
| 下記の <u>いずれか一つ</u>   | A (下記の <u>いずれか一つ</u> )   | B (Aがない場合、下記の <u>いずれか二つ</u> )   |
| <input type="radio"/> 個人番号カード(裏)<br><input type="radio"/> 通知カード<br><input type="radio"/> 住民票<br>(個人番号記載のもの) | <input type="radio"/> 個人番号カード(表)<br><input type="radio"/> 運転免許証<br><input type="radio"/> パスポート<br><input type="radio"/> 在留カード<br><input type="radio"/> 障害者手帳等<br><input type="radio"/> 身分・資格証明書(写真付) | <input type="radio"/> 住民票<br><input type="radio"/> 保険証<br><input type="radio"/> 戸籍の附票<br><input type="radio"/> 医療受給者証<br><input type="radio"/> 印鑑登録証明書<br><input type="radio"/> 年金手帳・年金証書<br><input type="radio"/> 身分・資格証明書(写真なし) |

### 個人番号をそれぞれご記入ください

(1) **診療を受けた者の個人番号**

※(1)が組合員本人の場合は下欄(2)のみご記入ください

(2) **組合員の個人番号**

※【個人情報の取扱いについて】この申請書により取得した個人情報（要配慮個人情報含む）は、東京土建国民健康保険組合が適切に管理し、被保険者資格の適用、保険給付など個人情報保護方針に掲げた利用目的以外には使用いたしません。また、これにより取得した被保険者の情報の一部を東京土建一般労働組合及びどけん共済会と共同利用します。なお、個人情報保護方針は、ホームページ等で掲載しています。

※【個人番号の利用目的について】当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において利用します。

----- 組合員の方は以下記入不要です -----

**支部で控えをとる際は、このページは複写できませんので、ご注意ください。**

#### 【支部記入欄】

| 本人確認欄(確認した書類をチェックしてください)                    |  |                                    |   | 支部受付・確認 |
|---|--|------------------------------------|---|---------|
| 番号確認<br>(以下のいずれか1つ)                         | 身元確認A<br>(以下のいずれか1つ)                   | 身元確認B<br>(Aがない場合、以下のいずれか2つ以上)      |   |         |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面)        | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面)   | <input type="checkbox"/> 住民票       | <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真なし) |         |
| <input type="checkbox"/> 通知カード              | <input type="checkbox"/> 運転免許証         | <input type="checkbox"/> 保険証       | <input type="checkbox"/> その他            |         |
| <input type="checkbox"/> 住民票<br>(個人番号記載のもの) | <input type="checkbox"/> パスポート         | <input type="checkbox"/> 戸籍の附票     | ( )                                     |         |
| <input type="checkbox"/> 登録済                | <input type="checkbox"/> 在留カード         | <input type="checkbox"/> 医療受給者証    |   |         |
|   | <input type="checkbox"/> 障害者手帳等        | <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書   |   |         |
|   | <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真付) | <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 |   |         |

#### 【国保組合記入欄】

|      | 登録 | 確認 |
|------|----|----|
| 個人番号 |    |    |

## 注意事項

1. 太枠の中は申請者が記入するところです。もれなく記入してください。
2. 外傷（ケガ）の場合には負傷の原因をくわしく具体的に記入してください。
3. 第三者行為にかかる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
4. 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押してください。