

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた被保険者	被保険者証の記号番号		氏名	
	生年月日		組合員又は準組合員との続柄	
	個人番号(12桁)			
療養の種類	1. 一般診療 2. 装具 3. 柔整 4. マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送 7. その他			
傷病名		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
発病又は負傷年月日	年 月 日		日間	
発病又は負傷の原因及びその経過	療養の内容			
	療養に要した費用		円	
療養の給付を受けることができなかった理由				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地		名称	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				
振込先	銀行 信用金庫		店	1, 普通 2, 当座
	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
<p>上記のとおり療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員又は準組合員</p> <p style="margin-left: 100px;">住所</p> <p style="margin-left: 100px;">氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: center;">三岐薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p>				

※太枠内の必要箇所に記入してください。

※必ず、費用に関する証拠書類及び意見書等を添付して下さい。

※個人番号について: 移送費以外の際は選択的記載事項となります。

決裁	理事長	常務理事	事務長	係	受付

療養費支給決定伺	
給付割合	割
審査決定額	円
支給額	円
支給年月日	