

常務理事	理事	事務長	担当者

受付日付印



※太枠の部分をすべて記入の上、必要書類を添付してご提出ください。

国民健康保険療養費支給申請書			
被保険者証の記号番号	宮医 A	第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員 3. 第1種家族 2. 第2種組合員 4. 第2種家族
療養を受けた被保険者氏名	男・女	取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日
傷病名		傷病の経過	例)治療中
傷病の原因(具体的に)	(原因) 第三者行為によるものですか(はい・いいえ)	療養期間	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間
療養の給付を受けることが出来なかった理由(○を付ける)	1. 療養上の治療用装具 2. 診療費(前保険証使用) 3. 海外療養費 4. その他()	療養の内容	例)装具等
		療養に要した費用	円 (支給額) 円
療養を受けた病院等	病院名 所在地 医師の氏名		
振込先口座	銀行名	銀行	本・支店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号
	(フリガナ)	※振込口座は通帳と確認の上ご記入ください。	
	口座名義		
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
令和 年 月 日(届出日)			
〒 - 事業所住所			
第1種組合員 (医師) 氏 名			
電話番号 () -			
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様			

医師の意見(補装具用)	傷病名	
	補装具装用についての意見	採型・採寸の日 年 月 日、装具発注日 年 月 日
	住所 氏名	令和 年 月 日

【注】 1. 診療費の申請は診療報酬明細書(レセプト)、領収書(原本)を添付ください。

2. 医師が治療上で装具を必要と認めた診断書(原本)、装具の領収書(原本)、靴型装具は当該装具の写真を添付ください。

3. 必要書類を揃えて第1種組合員(医師)が申請を行ってください。

DL

※当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。