

常務理事	理事	事務長	担当者	受付

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	療養を受けた被保険者氏名	
傷病名		第1種組合員との続柄	
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日 から 年 月 日 まで 日
療養担当機関住所・医師名			
療養の給付を受けることが出来なかった理由	傷病の原因		
	傷病の経過		
療養に要した額	円	療養の内容	
送金先	銀行名	銀行	支店
	預金種目	普・当・貯	口座番号
	(フリガナ) 名義人氏名		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">第1種組合員 (事業主) 氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p> <p style="text-align: center;">宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>			

[注] 診療費は療養担当者の記入した診療報酬明細書並びに受領書を添付のこと。

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	平成 年 月 日	
	氏名			(印)

[注] 補装具は受領書を添付のこと。

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。