

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

【注】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。

被保険者証の記号番号	官医 A	第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員 2. 第2種組合員 3. 第1種家族 4. 第2種家族
療養を受けた被保険者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
		取得年月日	昭和・平成 年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日	平成 年 月 日
傷病の原因(具体的に)	(原因)	傷病の経過	例) 治療中
	第三者行為によるものですか (はい・いいえ)		
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( )	療養期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで 日間
		療養の内容	例) 装具等
療養担当機関	病院名		
	所在地		
	医師名		
療養に要した費用	円	支給決定額(組合記入欄)	円
振込先口座	銀行名	銀行	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。			
平成 年 月 日			
〒			
事業所住所			
第1種組合員 (事業主) 氏名 ④			
電話番号 - -			
官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	平成 年 月 日	
	氏名	④	

【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(補装具は受領書を添付) ※全て原本を添付