

専務理事	事務長		係

国民健康保険療養費支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証 記号				番	号		
療養を受けた 被保険者の氏名	昭・平・令 年 月 日生				組	合員との 続柄	
傷病名				発病・負傷 年 月 日	令和	年	月 日
発病又は 負傷の原因					発症又は 傷病の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	
傷病の経過							
診療又は薬剤 の支給を受け た医療機関等 及び所在地	名				所	在 地	
診療又は薬剤 に従事した医 師・薬剤師名	氏				診	療の内容	
診療の期間	自	令和	年	月	日	日間	診療に要した 費用の額
療養の給付を受 けることができ なかった理由							
申請に必要な 証拠書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 調剤報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 診断（証明）書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術同意書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術内容明細書（整備師より発行）				<input type="checkbox"/> 移送承認申請書 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 領収証（書） <input type="checkbox"/> 診療内容明細書（海外療養費用） <input type="checkbox"/> 領収明細書（海外療養費用）		
振込先 金融機関名					支	店名	
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ		
	当座						
	貯蓄				名義人		
備考							
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申請人 電話番号 () (組合員) 氏名							

印