

専務理事	事務長		係

**記入例**

※赤枠のご記入をお願いいたします。

**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	9	8	7	番	号	6	5	4	3	2	1	
療養を受けた 被保険者の氏名	国保 太郎					組合員との 続柄	本人					
傷病名	昭平・令〇〇年〇月〇日生					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)					
療養の経過												
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	〇〇〇〇				円
療養の給付を受 けることができ なかった理由	・前保険者の保険証を使用して受診してしまったため ・被保険者証を忘れて受診してしまったため ・治療用装具作成のため ・償還払いのため					この中から当てはまる理由を ご記入ください。						
申請に必要な 証拠書類	○診療報酬証明書(医師より発行)      ○移送承認申請書 ○調剤報酬証明書(医師より発行)      ○その他( ) ○診断(証明)書(医師より発行)      ○領収証(書) ○施術同意書(医師より発行)      ○診療内容明細書(海外療養費用) ○施術内容明細書(整復師より発行)      ○領収明細書(海外療養費用)											
振込先 金融機関名	国保 銀行					支店名	大宮 店					
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】					フリガナ	コクホ タロウ				
	当座						名義人	国保 太郎				
	貯蓄	1	2	3	4	5	6	7				
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。 令和〇〇年 〇月 〇日 申請人 自宅住所 〒 330-0854 (組合員) 電話番号 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目376-1 氏名 048 ( 631 ) 2211 国保 太郎											

組合員の方の振込先金融機関情報及び署名捺印をお願いいたします。

