

記入例

※赤枠のご記入をお願いいたします。

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	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						
	昭	平	令	〇〇	年	〇	〇	日	生					
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	至	令和	年	月	日	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 ・治療用器具作成のため ・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【右ヅメでご記入ください】						フリガナ	コクホ タロウ					
	当座	1	2	3	4	5	6	7	名義人			国保 太郎		
	貯蓄													
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 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をお願いいたします。