

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 称				所 在 地		
診療又は薬剤 に従事した医 師・薬剤師名	氏 名				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
	至	令和	年	月	日		円
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬証明書（医師より発行） ○ 調剤報酬証明書（医師より発行） ○ 診断（証明）書（医師より発行） ○ 施術同意書（医師より発行） ○ 施術内容明細書（整備師より発行） 			<ul style="list-style-type: none"> ○ 移送承認申請書 ○ その他（ ） ○ 領収証（書） ○ 診療内容明細書（海外療養費用） ○ 領収明細書（海外療養費用） 			
振込先 金融機関名				支店名	店		
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							