

太枠の中をご記入ください 療養費支給申請書

被保険者証番号(8桁)		○○○○○○○○		組合員氏名	国保 花子		
療養を受けた被保険者	氏名	国保太郎		生年月日	年 月 日		
	マイナンバー	○○○○○○○○○○○○○○		組合員との続柄	子		
傷病名	○○○○○○			発病又は負傷年月日	令和 年 月 日		
診療の内容	補装具またはサポーター、弾性着衣など			診療に要した費用	円		
診療の期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで			診療日数	○日		
	診療開始年月日を記入、完治前の場合は治療中						
発病または負傷の原因およびその経過		分かる範囲記入してください		第三者行為による傷病ですか？ 1. はい 2. いいえ			
療養の給付を受ける事が出来なかった理由 または輸血を必要とした理由				↑いずれかに○を付けてください			
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地・担当医師名	所在地						
	医療機関名						
	担当医師名						
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に口座情報） 公金受取口座を利用しない場合は、必ず口座情報 ※公金受取口座を登録していない方は、						
	金融機関名	店名		種目	口座番号		
	○○銀行	○○○支店		普通預金	○○○○○○○○		
	名義人	フリガナ コクホ ハナコ 国保花子					
上記のとおり、療養に要した費用に別添書類（医証・領収証等）を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 - TEL () - 申請者 住所 _____ (組合員) 氏名 国保花子 福岡県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿							

処 理 欄	区分	1. 一般 (7割)	2. 未就 (8割)
	費用額	円	
	一部負担金	円	
	決定金額	円	
支給年月日	令和 年 月 日		

決 裁	理事長	常務理事	事務長	経理	担当

受付印

療養費支給申請書

被保険者証番号(8桁)		組合員氏名	
療養を受けた被保険者	氏名	生年月日	年 月 日
	マイナンバー	組合員との続柄	
傷病名	発病又は負傷年月日		令和 年 月 日
診療の内容	診療に要した費用		円
診療の期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで		診療日数 日
発病または負傷の原因およびその経過		第三者行為による傷病ですか？ 1. はい 2. いいえ	
療養の給付を受ける事が出来なかった理由 または輸血を必要とした理由			
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地・担当医師名	所在地		
	医療機関名		
	担当医師名		
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。		
	金融機関名	店名	
	預金種目	普通	口座番号
	名義人	フリガナ	
<p>上記のとおり、診療に要した費用に別添書類（医証・領収証等）を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 - TEL () -</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(組合員) 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">福岡県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿</p>			

処 理 欄	区分	1. 一般 (7割)	2. 未就 (8割)
		3. 高齢一般 (8割)	4. 高齢上位 (7割)
	費用額	円	
	一部負担金	円	
	決定金額	円	
	支給年月日	令和 年 月 日	

決 裁	理事長	常務理事	事務長	経理	担当

受付印