

療養費支給申請書

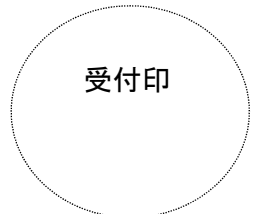
2019.5

被保険者番号					組合員(世帯主)氏名						
個人番号(マイナンバー)											
療養を受けた者の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	組合員との続柄				資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
診療を受けた病院等	名称				診療した医師氏名						
	所在地										
傷病名					発病または負傷年月日 (診療開始日)						
診療の期間	平成 令和	年	月	日	~	平成 令和	年	月	日	診療日数	日
診療の内容					診療に要した費用			円			
発病(負傷)の原因 およびその経過						第三者行為によるものですか? 1. いいえ 2. はい					
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											
<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;">千 一</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(組合員) フリガナ _____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話番号 () -</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>											

受取金融機関(必ずご記入ください)

	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号
			普通預金	
口座名義人	フリガナ		診療に要した費用	円
			一部負担金	円
			指定公費	円
			決定金額	円

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
	令和 年 月 日 支給				



(記入例)

療養費支給申請書

2019.5

被保険者番号 8桁の番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	組合員(世帯主)氏名	国保 太郎		
個人番号(マイナンバー)12桁 世帯主の方の	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				
療養を受けた者の	氏名	国保 花子		生年月日	○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日
	組合員との続柄	子供		資格取得年月日	○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日
診療を受けた病院等	名称	○○○○○病院		診療した医師氏名	○ ○ ○ ○ ○
	所在地	○○○○○○○○番地			
傷病名	○○○○○○○		発病または負傷年月日 (診療開始日)	○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日	
診療の期間	○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ ○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 又は 治療中			診療日数	○ 日
診療の内容	補装具又はサポーター、弾性着衣など		診療に要した費用 補装具、サポーター代	○○○○○ 円	
発病(負傷)の原因 およびその経過	分かる範囲詳しく記入してください			第三者行為によるものですか? 1. いいえ 2. はい	
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				

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。

令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○

住所 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地 ○ - ○

申請者

フリガナ コクホ タロウ

(組合員)

氏名 国保太郎

印

印鑑を押して下さい

電話番号 (○ ○ ○) ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○

福岡県薬剤師国民健康保険組合 理事長殿

受取金融機関(必ずご記入ください)

○○○○	銀行 金庫 信組	本店 ○○○○ 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他	口座番号
				○○○○○○○○
口座名義人	フリガナ コクホ タロウ		診療に要した費用	円
	国保太郎		一部負担金	円
			指定公費	円
			決定金額	円

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
	令和 年 月 日 支給				

