

国民健康保険療養費支給申請書

理事長	副理事長	常務理事・理事	事務長	次長	課長	担当者

※世帯主と療養を受けた方が同じである場合、療養を受けた方欄は、「同上」とご記入ください。

世帯主 (申請者)	保険証 記号番号		氏名		個人 番号								
療養を 受けた方	保険証 記号番号		氏名		個人 番号								
傷病名				療養を受けた 被保険者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日		第I・III種 組合員 との続柄						
発病、負傷 年 月 日	令和 年 月 日	療養期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間							
診療、調剤の支給又は手当を受けた 病院・医院・薬局等の所在地・名称 及び主治医又は従事した者の名前													
療養の給付 を受けるこ なかつた理 由	発病の原因												
	傷病の経過												
	療養内容												
	療養費請求額			円									
※件数	※日数	※点数	※費用額	※保険者負担額	※一部負担金								

※の欄は記入しないで下さい。

上記の通り療養に要した費用に関する下記証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒  
第I種・III種組合員の住所

氏名

連絡先 TEL ( )

〒

第II種組合員の住所

氏名

連絡先 TEL ( )

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

【証拠書類】 一般診療分については、診療報酬明細書(写しでも可)及び領収書  
 コルセット等装具については、診断書(意見書)、装具装着証明書及び領収書  
 その他については、上記に準ずる証明書及び領収書

振込先 いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 公金受取 口座を利用	口座情報の記入は不要です。										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を 指定	銀行名	銀行 信用金庫									支店
		預金種目	普通・当座	口座番号								
		フリガナ										
		名	義									

※個人情報の利用目的について

当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法第9条別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。