

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		S・H・R 年月日	歳	第1・皿種 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 ることが できなかった理由		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															

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・皿種組合員の住所

氏名 (印)
連絡先 TEL ()

〒
第II種組合員の住所

氏名 (印)
連絡先 TEL ()

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

※の欄は記入しないで下さい。

【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

振込銀行	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行 信用 支店	・普通 ・当座	