

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	所属長	担当

療養を受けた方	保険証 記号番号	氏名	個人番号							
種類	1. 一般診療【医科・歯科・調剤】 2. 治療用装具 3. 海外療養費 4. 柔道整復・あん摩・はり等施術費		療養を受けた 被保険者の 生年月日	S・H・R 年月日	歳	組合員 との続 柄				
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から	年間 月 日まで						
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										
第三者行為（交通事故など）			該当 ・ 非該当							
療養の給付 を受け 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					

振込先 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<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								
口座名義										

上記のとお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

〒

住所

組合員氏名
(世帯主組合員)

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
 コルセット等治療用装具については、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