

# 国民健康保険 療養費支給申請書

療養を受けた 被保険者	氏名 フリガナ	記号番号
	個人番号（マイナンバー）	
	.....	新医
	.....	

傷病名		第三者行為 (交通事項等)	1.該当 2.非該当
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
療養を受けた施設等	名称・所在地		
	医師・歯科医師 等の氏名		
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1.保険証等を持参できなかったため (理由 )	療養の経過・ 内容等	
	2.装具作成のため 3.その他 ( )	療養に要した 費用	円
振込先	銀行・信金	本店	
	信組・農協	支店	
	普通 当座 No.	フリガナ 口座名義	

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日

申請者氏名 (第1種組合員)	
住所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒  TEL

費用額	円
負担割合	割
一部負担額	円
支給決定額	円

常務理事	事務長	課長	担当	受付	登録
備考					