

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 新医 〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇)
	個人番号 (マイナンバー)	
	イシ イチロウ	
	医 師 一 郎	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		

傷 病 名	〇〇〇〇	第三者行為 (交通事項等)	1.該当 <input checked="" type="radio"/> 2.非該当
療 養 期 間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
療養を受けた施設等	名称・所在地	〇〇病院・新潟市〇〇〇〇	
	医師・歯科医師 等の氏名	〇 〇 〇 〇	
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	良好
	2.装具作成のため 3.その他 ()	療養に要した 費用	〇〇〇〇 円
振 込 先	<input type="radio"/> 銀行・信金 <input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 信組・農協 <input checked="" type="radio"/> 支店		
	<input checked="" type="radio"/> 普通 フリガナ 当座 No. 1 2 3 4 5 6 7 口座名義	イシ イチロウ 医 師 一 郎	

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 〇 年 〇 月 〇 日

申請者氏名 (第1種組合員)	医 師 一 郎
住 所	<input checked="" type="radio"/> 医院・自宅 ※いずれかに○ 〒000-0000 新潟市中央区医学町通二番町13番地 国保クリニック TEL 000-000-0000

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					