

国民健康保険 療養費支給申請書

記入例

被保険者証記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9								
療養を受けた被保険者 氏名・生年月日	薬国 花子					療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー）															
	昭和	平成	令和	99	年	99	月	99	日	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
療養種別	<input checked="" type="checkbox"/> 一般診療【 <input type="checkbox"/> 医科（入院） <input checked="" type="checkbox"/> 医科（入院外） <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護】 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他																				
第三者行為又は 業務上の事故	<input type="checkbox"/> 第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当																				
傷病名	傷病名					発病負傷 年月日	令和99年99月99日 *わからない場合は不詳														
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師又は薬剤師の氏名	名称 国保医院																				
	所在地 神戸市中央区〇丁目〇番〇号																				
	氏名 国保 次郎																				
療養等の期間 （装具は装着日）	令和99年99月99日 から					療養に要 した費用	支払った金額														
令和99年99月99日 まで					*装具の場合は装具の代金 円																

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。 *記入された年月日
令和99年99月99日

*組合員本人がご記入ください

申請者 住所 **大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号**
(組合員)

氏名（自署） **薬国 太郎** 電話番号 **06 (6000) 0000**

申請者の個人番号（マイナンバー）

5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

振 込 先 欄	金融機関名	国保	銀行 ・信用金庫 農協・信用組合	薬国	本店 支店 出張所							
	預金種目	普通 ・当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9	9	
	フリガナ	ヤクコク タロウ										
	口座名義人	薬国 太郎										*組合員本人名義の口座をご記入ください

※(事務処理欄)

受 付 印	保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	給付割合	<input type="checkbox"/> 7割	<input type="checkbox"/> 8割			
		<input type="checkbox"/> 前期高齢者	<input type="checkbox"/> 未就学児	資格取得 年月日	令和	年	月	日	
	支給決定金額			決 裁	理 事	事 務 長	課 長	主 担 当	副 担 当
	¥ _____				令和 年 月 日 決定				