理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険療養費支給申請書

項　目	・一般診療費　　・補装具　　・その他				
被保険者記号番号	井　薬　　－　　－				
◆ 被保険者の個人番号（マイナンバー）は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。◆					
個人番号				※通知カード参照	
療養費を受けた被保険者氏名	（男・女）昭・平・令　　年　月　日生				
傷病名			【第三者行為】（自動車事故等）	有　・　無	
発病、負傷の年月日		療養期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所等の所在地及び名称	所在地				
	名　称				
療養の給付を受ける事ができなかった理由	（例）急病等で、マイナ保険証、資格確認書等を持参できなかった為 装具装着を医師が治療上必要と認めた為 等			療養に要した費用	
				円	
発病の原因	傷病の経過	療養内容			
※振込手数料削減の為、福井銀行各支店への振込にご協力願います。					
指定振込口座	銀行・信用金庫			本店 支店	
※金融機関番号	口座番号		フリガナ		
	普通・当座		口座名義人		
審査決定額	※　円	一部負担金	※　円	支給額	※　円

※欄は記入しないで下さい。

上記の通り、療養に要した費用に関する下記【◆関係書類】を添えて申請します。

※マイナンバーを記載した場合：申請者（組合員本人）の**通知カード（写）**と**運転免許証（写）**を添えて申請願います。

福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長　殿　　令和　　年　　月　　日

◆関係書類

（一般診療費の場合）

・ 診療内容明細書 ・ 領収書

（補装具の場合）

・ 装具装着（医師）証明書

・ 領収書

（そ　の　他）

（　　）

〒　　－

組合員

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

◆被保険者の個人番号（マイナンバー）は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です◆

（電話　　－　　－　　）