

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		
	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 丁 - (一般診療費の場合) ・ 診療内容明細書 ・ 領収書 住 所 _____ 組 合 員 _____ (補装具の場合) 氏 名 _____ ・ 装具装着(医師)証明書 ・ 領収書 個人番号 _____ (そ の 他) ◆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 - -)									