

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	-	-																		
<p>◆ 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。◆</p> <p>個人番号</p>																					
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																			
<p>※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。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">指定振込口座</td> <td colspan="3">銀行・信用金庫</td> <td>本店 支店</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>普通・当座</td> <td>口座 名義人</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>審査 決定額</td> <td>※ 円 一部 負担金</td> <td>※ 円</td> <td>支給額</td> <td>※ 円</td> </tr> </table>				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
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。																					
<p>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。</p> <p>※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。</p> <p>福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日</p> <p>◆関係書類</p> <p>(一般診療費の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療内容明細書 ・領収書(原本) <p>組合員 住 所 _____</p> <p>(補装具の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・装具装着(医師)証明書 ・領収書(原本) <p>個人番号 <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> _____</p> <p>(その他の)</p> <p>() (電話 - - -)</p> <p>◆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◆</p>																					