

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日 年 月 日	被保険者区分 ①一般(7割) ②高齢者一般()割 ③高齢者7割 ④未就学者(8割)	支給額 円	電算入力
		資格喪失年月日 年 月 日		支給年月日 年 月 日	

国民健康保険療養費支給申請書

(注意事項)

○太枠の部分すべて記入の上、必要書類を添付して提出下さい。
※振込先は組合員名義の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号 福医	番号 031234000	療養を受けた 被保険者氏名	国保 太郎	組合員 と続 柄	本人
個人番号	1234xxxxxx		療養の給付を受 けることができ なかった理由	・装具作成の為 ・保険証が手元になかった為 など		
傷病名	○○○		発病又は負傷の 年 月 日	平成 ○○年 ○○月 ○○日		
発病又は負傷の原因 およびその経過	○○○		療養期間	平成 ○○年 ○○月 ○○日 から ○○年 ○○月 ○○日 まで 日間		
療養内容	装具作成の為 など			療養に要した費用の額	(領収証 の金額) 円	
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地	〒○○○-○○○ 福岡市○○区○○○ ○○クリニック					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名	○○ ○○					
※振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義	
	○○○ 銀行 信用金庫	○○○ 本店 支店	①普通 ②当座 ③貯蓄	○○○ ○○○ ○○○ ○○○	〒がナ コクホ タロウ 国保 太郎	
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します。						
平成○○年○○月○○日						
〒 812-0016 TEL (092) 431-1987						
住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号						
組合員 氏名 国保 太郎						
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿						

