

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係		
国民健康保険療養費支給申請書															
被保険者証の記号・番号	療養を受けた被保険者名							昭・平	年	月	日生	組合員との続柄			
傷病名								発病・負傷年 月 日	平成	年	月	日			
発病又は負傷の原因								第三者の行為により負傷したものであるか・否か				ある・ない			
傷病の経過															
診療又は薬剤の支給を受けた病院及び住所	名							所在地							
診療又は調剤に従事した医師・薬剤師名	名							診療の内容							
診療の期間	自	平成	年	月	日	日間	至	平成	年	月	日	診療に要した費用の額	円		
療養の給付を受けることができなかった理由															
申請に必要な証拠書類	○診療報酬証明書（医師より発行） ○調剤報酬証明書（医師より発行） ○診断（証明）書（医師より発行） ○施術同意書（医師より発行） ○施術内容明細書（整復師より発行） ○移送承認申請書 ○その他（ ） ○領収証（書） ○診療内容明細書（海外療養費用） ○領収明細書（海外療養費用）							振込先金融機関名	銀行信用金庫					店	
									口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】				
										当座					
							フリガナ								
備考															
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 平成 年 月 日 事務所住所 〒 (税理士事務所内) 申請人 事務所電話 組合員氏名															