

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				
<b>国民健康保険療養費支給申請書</b>																	
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 称						所 在 地										
診療又は調剤 に従事した医 師・薬剤師名	名 称						診 療 の 内 容										
診 療 の 期 間	自	平成	年	月	日	日間	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	<input type="checkbox"/> 診療報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 調剤報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 診断（証明）書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術同意書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術内容明細書（整復師より発行） <input type="checkbox"/> 移送承認申請書 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 領収証（書） <input type="checkbox"/> 診療内容明細書（海外療養費用） <input type="checkbox"/> 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							
							名 義 人	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																	