

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の番号		療養を受けた 組合員様の 情報	氏名				組合員との続柄
道薬 - -			マイ ナンバー 生年月日				
傷病名				令和 年 月 日 から			
				令和 年 月 日 まで	日間		
発病・負傷の年月日		令和 年 月 日		補装具採寸日：令和 年 月 日			
療養を受けた医療 機関等の名称及び 所在地・担当医氏名		所在地 医療機関名 担当医氏名					
傷病の原因		第三者行為による傷病ですか？ (はい ・ いいえ)				療養に要した費用額	
傷病の経過						・医療機関分 / ・補装具代	
療養の内容 (施術、治療名など)						円	
被保険者証による受診が できなかった理由		1. 保険者が困難であると認めるとき <input type="checkbox"/> 治療上必要とした治療用装具(コルセット等) <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> その他 () 2. 被保険者の緊急・やむを得ない理由による場合(下記3. の場合を除く) <input type="checkbox"/> 緊急のため医療機関に行けなかった <input type="checkbox"/> その他 () 3. 被保険者証を提出しなかったことが、緊急・やむを得ない理由による場合 <input type="checkbox"/> 旅行中など、被保険者証を携帯していなかった <input type="checkbox"/> 組合に加入手続期間中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
送金先		銀行 信用金庫 信用組合		() 本店 支店 郵便局			
		(普通 ・ 当座) 口座番号		フリガナ () 口座名義 () 様宛			
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。							
令和 年 月 日 組合員 住所 _____							
氏名 _____ (印)							
北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 殿							
※ 支給決定額		円		※ 支給月日		令和 年 月 日	

※ 欄は記入しないでください