

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険療養費支給申請書

支給決定額	円
-------	---

被保険者証 記号・番号	記号	番号	発病または 負傷年月日	年	月	日
診療を受けた 被保険者氏名			傷病名			
生年月日	年	月	日	第三者行為に よるものですか		
組合員との 続柄			診療期間	自：	年	月
診療を受けた 医療機関等の 所在地・名称、 医師等の氏名	所在地		〔 装具の場合は 装着日〕	至：	年	月
	名称			日間		
	-----		発病の原因			
	-----		傷病の経過			
-----		診療の内容				
療養の給付を受けること ができなかった理由			診療に要した 費用の額		円	
振込希望 金融機関	1. 銀行（ 銀行 支店） 2. 長崎県医師信用組合			ふりがな 口座名義 (組合員名義)		
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号				

様式第十号

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒
住 所
組合員
氏 名

印

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意 この申請書には、国民健康保険診療報酬明細書または証明書および領収書を添付してください。