国民健康保険療養費支給申請書

選集	被保険者	証の	番号	療養を受けた	氏 名	ı				組合	う員との続柄	
選集			- ·	組合員様の	マイナンバー	_					本 人	
(傷 病 名	道薬 -	_		I		平成	年	,	月	目 (•	
機関等の名称及び 医療機関名 医療機関名 医療機関名 医療機関名 医療機関名 医療機関名 医療機関名 第三者行為による傷病ですか? (はい・いいえ) 接養に要した費用額 医療機関分 ・	傷 病 名					令和	•				日間	
機関等の名称及び 所在地・担当医氏名 (場所の原因 第三者行為による傷病ですか? (はい ・ いいえ)	発病・負傷の年月日	令和	年	月	日	補装具控	彩寸日:	令和	年	月	日	
所在地・担当医氏名 担当医氏名 療養に要した費用額 傷病の経過 療養の内容 (維術、治療名など)	療養を受けた日	医療	所 在 地									
(場所の原因 第三者行為による傷病ですか? (はい・いいえ) (球験関分・補業具代 原業の内容 (施術、治療名など) (地域・治療名など) (地域・治療名など) (地域・治療者など) (地域・治療者など) (地域・治療性・必要とした治療用装具(コルセット等) 海外渡航中の療養 できなかった理由 (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) 緊急のため医療機関に行けなかった できなかった理由 (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 旅行中など、被保険者証を提出していなかった 組合に加入手続期間中 での他 () 本 店 店 用 組 合 店 番号 () 支 店 店 用 組 合 店 番号 () 対策 便 局 では、当座) フリガナ () 口座番号 () 対策 () 対策 () 対策 () は ()	機関等の名称)	関等の名称及び 医療機関名										
(場所の原因 第三者行為による傷病ですか? (はい・いいえ) 医療機関分 /・補集具代	所在地•担当医!	5名	担当医氏名									
療養の内容 (施術、治療名など) 1. 保険者が困難であると認めるとき	傷病の原因 第三者行為による			ら傷病ですか? (はい ・ いいえ)								
(施術、治療名など) 1. 保険者が困難であると認めるとき	傷病の経過								•薬局分		——— 円	
 被保険者証による受診ができなかった理由 と 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(下記3.の場合を除く) □ 緊急のため医療機関に行けなかった □ 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 □ 旅行中など、被保険者証を携帯していなかった □ 組合に加入手続期間中 □ その他(」 本店信用金庫信用組合店番号 「管通・当座」)フリガナ(「中座番号」 「中座名義(」 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 組合員任所 氏名 近名 氏名 原 近方 日 近方 日 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 組合員任所 氏名 度 氏名 度 度 日 近方 日 <p< td=""><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></p<>												
信用金庫	 海外渡航中の療養 できなかった理由 一 海外渡航中の療養 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) □ 緊急のため医療機関に行けなかった □ 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 □ 旅行中など、被保険者証を携帯していなかった □ 組合に加入手続期間中)			
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	,		口座番号		信 	用金庫用組合座)		リガナ			店 便 局)	
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			カに関する別	批証拠書類を 液	 なて甲記	青します。						
北海道薬剤師国民健康保険組合理事長	令和 年 月] [組合員 _	主所							
	北海省	早健 事任	2除組合冊車5		氏名					ÉD		
					円	※ 支給	月日	令和	年	月	日	