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		本人
		生年月日	昭和 平成 令和　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 ・医療機関分 / ・補装具代 ・薬局分　円
傷病の経過		
療養の内容（施術、治療名など）		

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 ☑ 治療上必要とした治療用装具（コルセット等） ☐ 海外渡航中の療養 ☐ 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） ☐ 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（　　）

送金先	銀行 信用金庫 信用組合 ＿＿＿＿＿＿	（　　） 店番号 ☐☐☐ 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＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長

※ 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