

常務理事		事務局長	課長	業務係	会計・庶務係	照合事項	資格	受付

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者 記号・番号		—		療養を受けた 被保険者氏名		組合員 との続柄			
傷病名				個人番号					
発病・負傷 年 月 日		令和 年 月 日		療養期間		令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間			
診療を受けた病院等または義肢製作所等の所在地及び名称									
診療に従事した医師等または義肢製作所等の代表者の氏名									
療養の給付を受けることができなかった理由						療養に要した費用	費用額 円		
発病の原因 ※該当番号に○を付してください。		1 第三者の行為 (交通事故、けんか、犬に噛まれた等) 2 通勤途中・仕事上の負傷 (労災保険法などが優先されます。) 3 その他(疾病、自損事故等)					給付割合 割		
							支給額 円		
傷病の経過						備考			
療養の内容									
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。 令和 年 月 日 被保険者住所 〒 組合員氏名 個人番号 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿									
金融機関名		銀行		支店		普通預金 口座番号			
口座名義 (ふりがな)						組合使用欄 年 月 日 円処理済			