

常務理事	事務長	主事	係		
				支給決定額	円

様式第9号

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者証 記号番号		9				
被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
個人番号				組合員との 続柄		
傷病名				発病・負傷 年月日	平成 令和	年 月 日
療養期間	平成 令和	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで (日間)
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名						
療養の給付を 受けることが できなかった 理由			発病の原因	原因： 第三者の行為によるものですか。 はい ・ いいえ		
			傷病の経過			
療養に要した 費用額	円		療養の内容			
振込先 (申請者の口座)	銀行名	銀行 信用金庫			支店	
	預金種目	普通預金 当座預金	口座番号			
	フリガナ 名義					
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 〒 -						
組合員 住所 Tel () -						
氏名 (印)						
個人番号						
静岡県医師国民健康保険組合理事長 様						

【添付書類】 ・ 治療用装具作成の場合 … 「医師の意見書」、「医師の装具装着証明書」、「領収書」
靴型装具は当該装具の写真
・ 緊急時等保険診療を受けられなかった場合 … 「診療報酬明細書」、「領収書」

※ 個人番号の利用目的について

当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法第9条別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※ 組合記入欄

給付割合	割	費用額	円	保険者負担額	円	一部負担金	円
------	---	-----	---	--------	---	-------	---