

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

国民健康保険療養費支給申請書															
被保険者 番 号							療養を受けた 被保険者氏名					組 合 員 との続柄			
療養を受けた被保険者の個人番号 (マイナンバー)															
傷 病 名								療 養 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
発病負傷 年 月 日	令和 年 月 日														
第三者行為（交通事故など）の有無								有 ・ 無							
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						療 養 に 要 し た 費 用					
				傷病の 経 過											
				療 養 内 容											
円															
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類（請求明細書、診断書、領収書）を添えて申請します。															
令和 年 月 日 第一種 住所 第三種 組合員 第二種 氏名 印															
第一種・第三種・第二種 個人番号（マイナンバー）															
秋田県医師国民健康保険組合理事長 様															
※ 支給決定額								備 考							

振込指定銀行	銀行	支店
口 座 番 号	普・当	No.
フ リ ガ ナ		
預金口座名		