

保険給付費支給決定 並 支払伺		起案		
支払 金額 円	支払通知書 番号	振込 年月日	.	
			取得	.
			喪失	.

記入例

国民健康保険療養費支給申請書 (治療用装具・診療費・弱視・弾性着衣等)

被保険者証 番号	正組合員 -	(フリガナ)	コクホ タロウ	申請人 との 続柄	本人
	准組合員 11 - 1111 - 11	療養を受けた 被保険者氏名	国保 太郎		
傷病名	左前十字靭帯損傷	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
発病、負傷 年月日	平成 31 年 3 月 1 日	療養期間	平成 31 年 3 月 1 日から 年 月 日まで 治療中 日間		
負傷の原因が 第三者の行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
診療を受けた医療機関等の 名称、所在地 及び診療した医師等の氏名	名古屋市中区丸の内1-1-11 国保病院 愛知 花子				
療養の給付を受け ることが出来な かった理由	業者に装具を 依頼したため	発病の原因	スキー中に 転倒	療養に要した費用	23,535 円
		傷病の経過	装具療法に よる経過観察		
		療養内容	左膝装具		
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類(裏面参照)を添えて申請します。

令和 元 年 6 月 1 日

所属支部名 中区
〒 460 - 0008
正 組合員 住所 名古屋市中区栄四丁目14番28号

氏名 愛国 一郎

愛国

准組合員の申請の場合も、
正組合員の署名・捺印が
必要となります

個人番号(マイナンバー) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2

准 組合員 住所 名古屋市中区栄九丁目14番28号

氏名 国保 太郎

国保

個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 費用の支払いについては、本組合に登録されている正組合員(医師)の銀行口座へ振込します。
※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。