

# 国民健康保険 療養費支給申請書

|              |      |      |   |   |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|------|------|---|---|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者<br>記号番号 | 鳥医国保 | 号    | 療養を受けた<br>被保険者氏名  |   |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員との続柄      |      | 個人番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> |   |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |      |      |   |   |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名          |      | 療養期間 | 令和  | 年 | 月 | 日から       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発病、負傷<br>年月日 |      |      | 令和  | 年 | 月 | 日まで<br>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出来なかった理由 |  | 発病の原因 |  | 療養に要した費用            |
|                      |  | 傷病の経過 |  | ※支給決定金額<br>(事務局記入欄) |
|                      |  | 療養内容  |  | ※                   |

上記の通り証明書を添えて申請します。

令和      年      月      日

鳥取県医師国民健康保険組合 様

〒

住 所

氏 名

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                     |   |                     |    |                    |                  |      |  |      |      |
|---------------------|---|---------------------|----|--------------------|------------------|------|--|------|------|
| 口座情報記入欄             | <input type="checkbox"/> <b>公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）</b><br><small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。</small>  |                     |    |                    |                  |      |  |      |      |
|                     | <input type="checkbox"/> <b>振込口座を指定する</b><br><small>この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。</small> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; text-align: center;">                 ( 銀 行 )<br/>                 ( 信用金庫 )             </td> <td style="width: 30%; text-align: center;">支店</td> <td style="width: 40%; border-left: 1px dashed black; text-align: center;">                 ( 代理店 )<br/>                 ( 出張所 )             </td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; text-align: center;">                 ( 普通 )<br/>                 ( 当座 )             </td> <td style="width: 35%; text-align: center;">フリガナ</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black;">口座番号</td> <td style="text-align: center;">フリガナ</td> <td style="border-right: 1px dashed black;">口座名義</td> </tr> </table> </div> | ( 銀 行 )<br>( 信用金庫 ) | 支店 | ( 代理店 )<br>( 出張所 ) | ( 普通 )<br>( 当座 ) | フリガナ |  | 口座番号 | フリガナ |
| ( 銀 行 )<br>( 信用金庫 ) | 支店  | ( 代理店 )<br>( 出張所 )  |    |                    |                  |      |  |      |      |
| ( 普通 )<br>( 当座 )    | フリガナ  |                     |    |                    |                  |      |  |      |      |
| 口座番号                | フリガナ  | 口座名義                |    |                    |                  |      |  |      |      |