

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係

事務局記入欄

支給年月日	令和 年 月 日
支給決定額	円
組合員種別	第1種 ・ 第2種

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号		発病・負傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
マイナンバー (個人番号)		組合員 との続柄	性別 男・女
傷病名			
療養期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 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・その他の名称 及び所在地	名 称 所在地 〒	電話番号 ()	
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			
療養の給付を受けら れなかった理由	1 被保険者証の未提示 2 治療用具の製作(コルセット、眼鏡等) 3 その他 ()		
発病の原因		第三者の行為に より負傷したもの	あり・なし
傷病の経過	1 継続 2 治癒	療養に要した費用額	円
振込先 (組合員)	銀行・支店名	銀行・信用金庫 支店	
	フリガナ 名義人	口座種類	普通 ・ 当座
		口座番号	
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 〒 組合員自宅住所 _____ 電話 () 組合員氏名 _____ 印 マイナンバー(個人番号) _____			【個人番号の利用目的】 本組合は、被保険者の 個人番号を番号法別表第 1の第30の項「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。
埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

(添付書類)

- 被保険者証未提示の場合は、診療報酬明細書と領収書
- 治療用具を製作した場合は、医師が装具を必要と認めた診断書(証明書)または指示書、領収書(装具士の氏名が記載されたもの)、明細書、装着証明書 ※領収書の返却が必要な場合は、ご相談ください。