様式　第6

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課　長	係　長	係	受付年月日

金融機関名	銀　行 信用金庫	店番号・支店名			支　店
預金種類	普通　・　当座 その他（　　）	口座番号		フリガナ 名　義	

療　養　費　支　給　申　請　書

療養を受けた方の被保険者証の記号・番号	税国		氏　名		組合員（申請人）との続柄	
個人番号			生年月日	昭和・平成　年　月　日		
傷　病　名			発病又は負傷年月日	平成　年　月　日		
発病又は負傷の原因			第三者の行為によるものですか ※いずれかに☑印をつけてください	□ はい □ いいえ		
傷病の経過			療養の内容			
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局その他の者の名称・所在地および従事した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（該当するものに☑印をつけてください） ※添付書類については別紙ご参照ください	理由	□ ①緊急やむを得ない事情により保険証を提示できなかったため □ ②保険加入手続き中のため	療　養　の　期　間
	添付書類	・医療機関発行の診療報酬明細書（原本） ・診療費用領収書（原本）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで ＿＿＿日間
	理由	□ ③海外療養費	
	添付書類	・診療内容明細書及び、領収明細書（原本） ※ホームページの定型書類をお使いください ・パスポートの写し（顔写真のページと出入国スタンプのページ）	
	理由	□ ④装具（コルセット等）をつけたため	装具装着日（装具をつけた日）
	添付書類	・医師の意見書（原本） ・装具装着の証明書（原本） ・領収書（原本） ・領収書の内容がわかる内訳書（領収書に記載されている場合は不要） ・靴型装具（上記の意見書に記載があるもの）申請時には装着時の全身写真	平成　年　月　日

療養に要した費用	円	※審査機関において審査後、決定金額に対する療養を受けた方の給付割合分を、申請月の2～3ヶ月後に支給いたします。決定通知書をお送りしますのでご確認ください。
審査決定金額 ※組合記入欄	円	※申請金額と審査決定金額とは異なることがあります。

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。

平成　　年　　月　　日

事務所代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員（申請人）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

個人番号

近畿税理士国民健康保険組合理事長　殿

支給決定金額 ※組合記入欄	円	備考