

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	口座番号			フリガナ
	その他()				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ものですか ※いずれかに☑印をつけてください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
	理由	<input type="checkbox"/> ③海外療養費	平成 年 月 日まで
	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)	____ 日間
	理由	<input type="checkbox"/> 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)	平成 年 月 日
	理由	<input type="checkbox"/> ⑤その他[] ※添付書類については直接組合へお問合わせください	

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 住 所 _____
(申請人)

電話番号 _____ () _____

氏 名 _____ (印)

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
------------------	---	----