

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

振込銀行名	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

被保険者 記号・番号	記号	税国	番号		療養を受けた 被保険者の氏名
---------------	----	----	----	--	-------------------

傷病名及び その原因		個人番号 (マイナンバー)			
---------------	--	------------------	--	--	--

傷病の経過		発病又は負傷の年月日	年	月	日
-------	--	------------	---	---	---

療養の内容		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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-------	--	------------------------------------	---

診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局等	所在地	
	名称	

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 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で被保険者の記号・番号がわかるもの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(レセプト)の原本 ・診療費用領収書の原本	年 月 日から
	理由	<input type="checkbox"/> ③海外療養費	年 月 日まで
	添付書類	・診療内容明細書及び、領収明細書の原本 ※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
※添付書類につ いては別紙を ご参照ください	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	・治療用装具製作指示装着証明書 の原本 ・領収書 の原本 ・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	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。

令和 年 月 日

事務所代表者氏名 _____

自宅住所 _____

組合員
(申請人)

電話番号 _____ () _____

氏 名 _____

個人番号(マイナンバー)

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

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