

伺	決裁年月日		令和 年 月 日	
	理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険療養費支給申請書					特定・未就学児 高齢者(一定Ⅰ・一定Ⅱ・一定Ⅲ・一般2割)
被保険者証 の記号番号	1・3種組合員		2・4種組合員		
療養を受けた被保険者氏名		個人番号			
(昭・平・令 年 月 日生)					
傷病名	発病・負傷 年月日	令和 年 月 日	療養 期間	令和 年 月 日から 日 日 日まで 日間	
療養を受けた保険医療機関等の名称					
所在地					
医師					
療養の給付を受ける事ができなかった理由 (いずれかに○をして下さい。)					
・治療用装具(コルセット、治療用眼鏡等)		・鍼灸		・あんま・マッサージ	
・海外療養費		・立替払い等		・その他	
発病の原因		傷病の経過		療養内容	
療養に要した費用額		円	備考		
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて届けます。					
令和 年 月 日					
1・3種組合員住所		個人番号			
氏名		Ⓧ			
TEL ()		FAX ()			
2・4種組合員住所		個人番号			
氏名		Ⓧ			
TEL ()		FAX ()			
三重県医師国民健康保険組合理事長 様					
組合記入欄	医師等へ支払った金額	円	振込銀行をご記入下さい。		
	診療内容等に記載された点数	点	銀行		支店 出張所
	査定点数	点	普通・当座		フリガナ
	査定費用額	円	No.		名義人
	一部負担割合	%			
	支給決定額	円			

※領収書及び診療報酬明細書を添付して下さい。

※補装具の場合は診断書、装具装着証明書、領収書を添付して下さい。

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30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、給付及び徴収事務で利用します。