

	本件を支給額を決定し支給する 専務理事
	専務理事

専務理事	事務局長	事務局次長	給付課長	係長	係	支部係
令和	年	月	日	支払命令 第		号

国民健康保険療養費支給申請書

受付番号	診療内容	医科・歯科・調剤・補装具・その他				
被保険者記号・番号	療養を受けた被保険者氏名及び生年月日	組合員との続柄			昭和・平成・令和 年 月 日	
傷病名		個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
第三者行為による治療	はい ・ いいえ	療養期間	令和 年 月 日 から			
発病負傷年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日 まで (日間)			

診療又は調剤を受けた医療機関等の名称	
診療又は調剤を受けた医療機関等の所在地	
診療又は調剤をした医師、歯科医師、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	傷病の経過
	療養内容
療養(その他)に要した費用額	金 円

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申請します。

令和 年 月 日 日 千

住所

氏名

組合員

TEL

個人番号

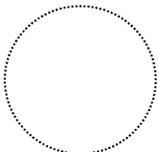
<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

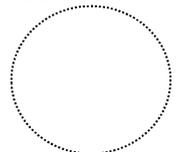
下記のとおり療養費の支給額を決定してよろしいか

療養に要した費用額	円	審査決定					給付割合	支給決定額 円
		審査結果の増減額 円	単価 円	日数 日	点数 点	費用額 円		

本部受付印



支部受付印



(注)裏面の口座振込依頼に記入してください。

口座振込み依頼

支給決定額については、下記口座へ振込みください。

(フリガナ) 名義人の氏名	指定金融機関名	預金区分	口座番号
	銀行 信用金庫 農業・漁業 協同組合	本店 支店 出張所	普通 当座 貯蓄

私の名義の口座がありませんので、支給金受領については
に委任しますから、上記口座へ振込み下さい。

(口座名義人の氏名) 組合員 (申請人)

申請人が署名できない場合は、記名押印してください。

- 備考
- 1 申請人名義の口座がない場合は、上記委任欄 (被保険者のみ) にご記入いただければ指定口座へ振込みます。
 - 2 預金区分の欄に、該当するものを○印で囲んでください。
 - 3 「療養費支給決定通知書」を送付しますので、入金の確認をお願いします。

ご不明な点があれば、当組合事務局給付担当者までご連絡ください。