

療

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証記号	医師組		
個人番号			
療養を受けた被保険者名	フリガナ		
傷病名			
発病負傷年月日	年 月 日		
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
診療・薬剤の支給又は 手当を受けた病院 診療所 薬局その他の者の名称 及び所在地住所	住 所		
	名 称		
医療又は調剤に従事 した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名			
発病の原因			
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			
療養に要した費用			
療養内容			

上記の通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

〒

(世帯主) 住 所

氏 名

印

個人番号

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿

下記の預金口座へ振込を依頼します。

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名	銀行	支店	
種別・口座番号	普通 ・ 当座		