

常務理事	事務長	課長	課長補佐	主任	係

(第10号様式)

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者証	記号	番号	療養を受けた被保険者の氏名	個人番号(マイナンバー)	組合員との続柄	
傷病名			年齢	歳		
発病・負傷年月日	令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
発病又は負傷の理由 (該当する理由1か2に○を記入してください)		1.第三者行為(交通事故等) 2.その他(疾病・自損事故等)				
診療又は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						
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						
療養ができなかった理由	発病の原因				療養に要した費用	円
	傷病の経過					
	療養の内容					
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		院長名				印
		住所				
		組合員氏名				印
		個人番号 (マイナンバー)				
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿						
振込先	銀行	普通・当座				
	信組	支店	口座番号			
	信金		名義			

証憑書類は国保診療報酬請求明細書に診療内容記入、療養取扱機関の領収印のあるものを添付のこと。治療用装具の場合は主治医の診断書及び証拠書類が必要です。