

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日	被保険者区分	支給額	電算入力
		年 月 日	①一般(7割) ②高齢者一般( )割 ③高齢者7割 ④未就学者(8割)	円	
		資格喪失年月日		支給年月日	
		年 月 日		年 月 日	

## 国民健康保険療養費支給申請書

(注意事項)

○太枠の部分すべて記入の上、必要書類を添付してご提出下さい。  
※振込先は組合員名義の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	療養を受けた 被保険者氏名	療養を受けた 被保険者氏名	組合員 の 続 柄
	福医				
個人番号			療養の給付を受 けることができ なかった理由		
傷病名			発病又は負傷の 年 月 日	平成 令和	年 月 日
発病又は負傷の原因 およびその経過			療養期間	令和	年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
療養内容				療養に要した費用の額	円
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 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					
※振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	銀行 信用金庫	本店 支店	①普通 ②当座 ③貯蓄		フリガナ
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					
〒 □□□□ - □□□□ TEL ( ) -					
住所					
組合員					
氏名					
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿					
(※自署の場合は押印不要。自署以外の場合、記名押印)					