

記入方法 以前の保険証で受診した医療費を前保険者へ返還したとき

第 21 号様式

療養費支給申請書

支部名	(所属郡市区の名称)	被保険者証の記号番号	(記号番号)
療養を受けた被保険者氏名	(受診した者の名前)	生年月日	昭和・平成・令和 (受診した者の生年月日) 年 月 日
組合員との続柄	(受診した者との続柄)	個人番号 (12桁)	マイナンバーをご記入ください
傷病名	別紙のとおり	発病または負傷年月日	※ わかればご記入ください 令和 年 月 日
診療を受けた期間 (装具等は、装着の指示を受けた日にち)	(受診した日にち)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日まで
診療を受けた医療機関等の所在地・名称	(受診した医療機関別、受診年月別、受診した者ごとにご記入ください)		
診療をした医師等の氏名	※わかれば結構です。空欄可		
療養に要した費用の額	(医療費の返還をした金額を転記)		
療養費支給申請の理由	例：誤って以前の保険証を使って受診したため		
負傷の原因	※ 記入不要です		
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。 (記入日・申請日) 令和 年 月 日 組合員 住 所 _____ (申請する組合員) 氏 名 _____ 印 個人番号 (12桁) _____ 組合員本人のマイナンバーをご記入ください 静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人 (組合員) 氏名
銀行 農協 信用金庫	支店 ()	普通預金 支店 () その他 ()		(フリガナ)
※申請する組合員本人の金融機関口座を記入してください				
備考	費用額	円	一部負担金	円
			保険者負担額	円

〈添付書類等〉

- この申請書には、療養内容証明書及び領収書を添付すること。
- 個人番号 (12桁) 欄にはマイナンバーを記入すること。※ 75 歳以上の組合員は記入不要

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

【個人番号の利用目的について】

当組合
る業務

＜添付書類＞

- 前保険者から届いた「診療報酬明細書の写し」 (未開封のまま添付してください)
- 医療費の返還をした際の領収書の原本

又は保険料の徴収に関する