

## 療養費支給申請書

|  |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|----|---------------|------------|--------------|-----|-----|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 支部名  |    |               | 被保険者証の記号番号 |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養を受けた被保険者氏名   |    |               | 生年月日       | 昭和・平成<br>・令和 | 年   | 月 日 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員との続柄  |    | 個人番号<br>(12桁) |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名  |    |               | 発病または負傷年月日 | 令和           | 年   | 月 日 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療を受けた期間<br>(装具等は、装着の指示を受けた日にち)  | 令和 | 年             | 月          | 日            | から  | 令和  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療を受けた医療機関等の所在地・名称   |    |               | 年          | 月            | 日まで |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療をした医師等の氏名  |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養に要した費用の額   |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養費支給申請の理由   |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負傷の原因  |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ ⑩</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">個人番号 (12桁)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p> |    |               |            |              |     |     | 個人番号 (12桁) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 (12桁)   |    |               |            |              |     |     |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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<br>農協<br>信用金庫 | 支店  | 普通預金<br>その他<br>(      ) |      | (フリガナ)       |

|    |     |   |       |   |        |   |
|----|-----|---|-------|---|--------|---|
| 備考 | 費用額 | 円 | 一部負担金 | 円 | 保険者負担額 | 円 |
|----|-----|---|-------|---|--------|---|

〈添付書類等〉

1. 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。
2. 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】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。