

療養費支給申請書

記号・番号	道 医 一										
療養を受けた 被保険者	氏名							生年月日	年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)							組合員 との続柄			
傷病名							療養期間	令和 年 月 日から	(日間)		
								令和 年 月 日まで	(入院・外来)		
発病または 負傷年月日	年 月 日						療養期間	装具等の装着指示を受けた日			
								令和 年 月 日	(入院・外来)		
診療を受けた 医療機関等	名称										
	所在地										
	診療した 医師等の氏名										
装具製作所 または 療養を受けた 施術所等	名称										
	所在地										
療養の給付を 受ける事が 出来なかった 理由	1. 療養上装具を必要とした為						傷病の 原因				
	2. 資格情報の確認が出来なかった為 理由:							第三者行為による傷病ですか (はい・いいえ)			
	3. その他						傷病の 経過				
療養に要した 費用額	円						療養内容				
上記のとおり、療養に要した費用に関する領収書等を添えて、療養費の支給を申請します。											
令和 年 月 日 住所											
申請者 (組合員) 氏名											
北海道医師国民健康保険組合理事長 様 個人番号 (マイナンバー) []											
(組合員の口座)											
振込先	銀行 店										
	信用金庫										
	フリガナ						科目	普・当・貯			
	口座名義						口座番号				