

決 裁	事 務 長		係 長		担 当	
--------	-------------	--	--------	--	--------	--

起 案 年 月 日	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金	
	決 定 金 額					資 格 取 得	昭 和	年	月	日
	支 給 金 額						平 成			
	備 考									

国民健康保険療養費支給申請書									
平成 年 月 日									
下記のとおり療養に要した費用の支給を明細書(領収書)を添えて申請します。									
大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様									
住所									
世帯主 (組合員)		生年月日 昭・平 年 月 日 男・女							
氏名		Ⓜ		個人番号 (マイナンバー)					

被保険者証の記号番号		浴 国							
療養費支給 申請対象者	住所								
	氏名	Ⓜ		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
		Ⓜ		個人番号 (マイナンバー)					
傷病名	発病年月日				発病の原因				
①	① 年 月 日								
②	② 年 月 日								
診療を受けた医療機関名	所在地				診療に従事した者の氏名				
療養の給付を受けることができなかった理由					傷病の経過				
					療養に要した費用				
					円				
					備考				

振込致しますので、下記へご記入下さい。

銀行名					支店名	支店			
預金種目	1. 普通 2. 当座				フリガナ				
口座番号					名義人				

(注) 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。