

事務長	係

(様式給付第1号)

支給額	¥
-----	---

## 国民健康保険療養費支給申請書

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				生年月日 昭・平・令 年 月 日
個人番号				組合員との続柄
傷病名				発病・負傷 年月日 平成・令和 年 月 日
第三者行為(交通事故 や傷害)の有無	有・無	療養期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
診療・薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の者の名称 及び所在地	名称			
	所在地			
療養又は調剤に従事した医師、 歯科医師、又は薬剤師の氏名				
療養の給付を受ける ことができなかった理由	発病の原因			
	傷病の経過			
	療養の内容			
	療養に要した費用	円		
振 込 先	銀行 信用金庫	支店		《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 る事務」において、適用、給付及び徴収業 務で利用します。
	口座番号	普通・当座		
	口座名義	(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				
〒				
組合員 住所				
氏名 (印)				
個人番号				
電話 ( )				
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様				

※ 郵送による申請の場合、個人番号を記入するため、簡易書留等の追跡可能な方法で送付してください。