決済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

療養費　支給申請書

被保険者証	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
組合員との続柄	1　本人　　2　家族　　3　その他　（　　）			
個人番号				
受診した医療機関等	名称			
	所在地			
	医師・歯科医師・薬剤師名			
療養費種別	1　医科　　2　歯科　　3　調剤　　4　補装具　　5　その他			
入院外来	1　入院　　2　外来	発病・負傷年月日	年　　月　　日	
傷病名		傷病の原因		
療養内容・傷病経過		第三者行為（交通事故や喧嘩など、第三者の行為による負傷）	1　該当　　2　非該当	
療養期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
療養の給付を受けることができなかった理由（保険証で治療等が受けられなかった理由）				
療養に要した費用		円		
振込先口座	銀行・信金 労金・農協	本店・支店		
	預金種別	1　普通　　2　当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

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~~

長野県医師国民健康保険組合理事長　　殿

※太枠の中を記入してください

〈添付書類〉
医科・歯科・調剤：①診療報酬明細書（原本または原本証明されているもの）　②領収書（原本）
装具　　：①医師の証明書（意見書、指示書等）（原本）　②領収書（原本）

給付割合	割	支給額	円

(R3.1)