

療養費支給申請書

(様式第2号-1)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り申請します。

		申請日	令和 年 月 日			
所属の医療機関所在地	〒	記号・番号	3010			
所属の医療機関名		組合員名				
受給対象 被保険者 氏名		組合員との 続柄	生 年 月 日			
		S H R	年	月	日	日生
療養費の項目 <small>(該当する項目に○印)</small>	1. 診療費等 2. 診療用装具 3. 鍼灸・マッサージ 4. 海外療養費					
受診した医療機関等 または薬局等						
療養期間	年 月診療分					
療養に要した費用 (総 額)	円					
添付書類	1. 診療費等 : 診療内容がわかる明細と領収証 2. 診療用装具 : 診療担当医師の証明書と領収証 3. 鍼灸・マッサージ : 診療担当医師の証明書と領収証 4. 海外療養費 : 所定の診療内容明細書と領収明細書または類するもの					

《振込指定銀行口座》

銀行名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
口座番号		名義人	

(事務使用欄)

郡市医師会	医師会
会員区分	A ・ B ・ C

役員	事務長	検印	受付

申請受理日	令和 年 月 日	備 考	
支給額	円		
支給日	令和 年 月 日		