

療 養 費 支 給 申 請 書

※太線の枠内のみご記入ください。

被保険者証の記号番号				療 養 を 受 け た 被 保 険 者				
記 号	芸 国			氏 名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
番 号				生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
療養を受けた内容(領収書・証明書等を添付して提出して下さい。)								
療養を受けた 病院等	名 称				医師の氏名			
	所在地							
傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名			傷病の経過			
発病(負傷)日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	日間		
療養の給付を受ける ことができなかった理由	ア. 治療用装具の装着(コルセット・サポーター・弱視用眼鏡・その他)						療養に要した費用	
	イ. 他制度で受診(国保・社保・共済・その他/)							
ウ. 海外渡航中の療養(理由)								
エ. 国内で療養(理由)						円		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組合員(申請人) _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>大阪文化芸能国民健康保険組合理事長 殿</p>								

※振込先口座確認のため現在、保険料の引き落としにご使用いただいている【ゆうちょ銀行】の口座をご記入ください。

振込先 口 座	記 号			番 号			フリガナ	
	1	0	1			1	口座 名義人	

----- 組 合 使 用 欄 -----

受付印

療養費算出基礎

種 別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	給付 割合	一 般	未就学	前期高齢者			
					7割	8割	高8割	9割
費用額	保険者負担額	一部負担	国保優先	支給決定額				
円	円	円	円	円				

申請管理番号
No.
続紙番号.