

様式第 18

決	理事長	常務理事	事務長		係員	決定番号	第	号	
						審査決定点数		点	
	令和 年 月 日					支	療養の支給に要する費用		円
							他法負担分		円
一部負担分								円	
裁	右のとおり決定してよろしいか。					給	支給決定額		円
							不支給事由		

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	医	番号					
療養を受けた被保険者			生年月日		年	月	日	組合員との続柄
傷病名			療養期間		令和 年 月 日から			日間
発病・負傷年月日	令和 年 月 日		発病の原因		令和 年 月 日まで			
傷病の経過			法60条法64条該当の有無					
療養内容	入院・入院外		療養に要した費用					円
療養・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、所在地								
診療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								
備考								
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 氏名 ㊟</p> <p>茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>								

処理区分	台帳	通知	支給		療養費審査委員会	審査月	整理番号	審査済印
					処理			

## 国民健康保険療養費請求書

① 一金 <span style="float: right;">円也</span>		請求者の振込依頼 銀行名、口座番号 ・名義を記入して 下さい	銀行 店 普通 当座 No. 名義
決定通知番号	第 号	療養費の種類	医科、歯科、治療材料( )、看護、移送、「はり」「きゅう」「あんま」施術、海外
被保険者氏名		金額	円
備 考			

上記の金額を請求いたします。

令和 年 月 日

請 求 者 住 所  
(組 合 員) 氏 名

①

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和	年度	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
支給決定額			金	百	拾	万	千	百	拾 円
理事会決定		令和 年 月 日				(担当理事決裁印)			