

理事長	常務理事	事務長	係

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の記号・番号		崎薬一			
療養を受けた被保険者氏名	氏名			組合員との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
診療・薬剤の支給または手当を受けた医療機関等の名称・所在地	名称				
	所在地				
診療・調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
傷病名					
初診年月日		令和	年	月	日
療養期間		令和	年	月	日から令和
発病の原因				第三者行為	有・無
療養の内容					
療養に要した費用		円			
療養の給付を受けられなかった理由		1. 治療用装具 2. 被保険者証の不提出 3. その他( )			
希望振込先	銀行	本・支店名			口座番号
		種別	1. 普	2. 当	フリガナ 口座名義
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 組合員 住所 氏名 (連絡先TEL - - ) 長崎県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					

資格区分	費用額	自己負担額	支給決定額
一般・前期(一般)・前期(現役並み)・就学前			