

受付印

理事長	常務理事	事務長	係

( 割 ) □国保優先

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

## 国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	群医	個人番号(マイナンバー)	
療養を受けた被保険者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
発病、負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療、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及び所在地			
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	発病の原因	療養に要した費用	
	傷病の経過		
	療養内容	円	
振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
振込先銀行名	金融機関コード( ) 支店コード( ) 店	普通・当座 No.	名義人(フリガナ)
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 個人番号(マイナンバー) _____ 組合員住所 又は 従業員組合員 氏名 群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			
<b>【委任欄】</b> 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 年 月 日			
受任者(代理人)	住所 氏名	委任者(組合員又は従業員組合員)	住所 氏名

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。