

理事長	常務理事	事務長	係

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

被保険者証の記号・番号	群医 — —	個人番号 (マイナンバー)					
療養を受けた被保険者氏名		組合員又は 従業員組合員 との続柄					
発病、負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年	月	日から	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

振込先 銀行名	銀行 店	普通・当座 No.	名義人(フガナ)
------------	---------	--------------	----------

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

【委任欄】 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
--------------	----------	--------------------------	----------

※個人番号の利用目的について、当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。