

理事長	常務理事	事務長	係
【記入例】			
支給日	平成 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 1 - 5010 - 0	個人番号 (マイナンバー)	1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
療養を受けた被保険者氏名	国保 花子	組合員又は 従業員組合員との続柄	妻
発病、負傷年月日	平成 ※1 月 日	療養期間	平成 年 ※1 月 日から 日 日まで
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	〇〇整形外科 高崎市〇〇町二丁目1-1		
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	健康 次郎		
療養の給付を受けることができなかった理由	※2	発病の原因	※3
		傷病の経過	※1
		療養内容	※1
療養に要した費用		※4 円	
振込先	〇〇銀行	普通 当座	名義人(フリガナ)
銀行名	☆☆店	No. 999999	コクホ タロウ 国保太郎 ※5
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。			
平成 28 年 4 月 ● 日			
個人番号 (マイナンバー)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
組合員 又は 従業員組合員		住所 前橋市〇〇町一丁目8-4 氏名 国保 太郎 (国保印)	
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。 平成 28 年 4 月 ● 日			
受任者 (代理人)	住所 前橋市〇〇町一丁目00-0 氏名 群馬 次郎 (群馬印)	委任者 (組合員又は 従業員組合員)	住所 前橋市〇〇町一丁目8-4 氏名 国保 太郎 (国保印)

※1 発病・負傷年月日、療養期間、傷病の経過、療養内容についてわかる範囲でご記入ください。

※2 療養の給付を受けることができなかった理由について
①コルセット、小児弱視等の治療用眼鏡、弾性ストッキングなどを作成した場合には 治療用装具装着のため とご記入ください。

②被保険者証を持参せずに、やむを得ず診療を受けた場合には、被保険者証を持参しなかったため とご記入ください。

※3 発病の原因について
例) 自宅での転倒、部活中の怪我 など
交通事故による場合は、別紙届が必要となりますので、組合宛にご連絡をお願いいたします。

※4 療養に要した費用について
お支払いいただいた金額(領収書の金額)をご記入ください。

※5 振込先名義人はフリガナを必ずご記入ください。

組合員(先生)または従業員組合員
ご自身のマイナンバー

【委任欄】は組合員(先生)または従業員組合員以外の方
(社労士や会計士事務所等)が申請する場合に記入



※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。