

常務理事	事務長	次 長	係		
				支給決定額	円

様式第9号

国民健康保険療養費支給申請書									
記号番号			9						
被保険者氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
マイナンバー (個人番号)						組合員との 続柄	本人・家族		
傷病名					発病・負傷 年月日	令和	年	月	日
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 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	原因： 第三者の行為によるものですか。 はい ・ いいえ			
					傷病の経過				
療養に要した費用額	円				療養の内容				
振込先 (申請者の口座) いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		利用する者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"/> 振込先口座を指定する		銀行名	銀行 信用金庫			支店		
			預金種目	普通・当座		口座番号			
			フリガナ						
名義									
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。									
令和 年 月 日 〒 - 組合員 住 所 氏 名 マイナンバー (個人番号) []									
静岡県医師国民健康保険組合理事長 様									

- 【添付書類】 ・ 治療用装具作成の場合 … 「治療用装具製作指示装着証明書」、「領収書」
靴型装具は当該装具の写真
・ 緊急時等保険診療を受けられなかった場合 … 「診療報酬明細書(レセプト)」、「領収書」

※ 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利用法第9条別表第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。

※ 組合記入欄

給付割合	割	費用額	円	保険者負担額	円	一部負担金	円
------	---	-----	---	--------	---	-------	---