

療養費支給申請書

(様式第2号-1)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り申請します。

申請日		平成 年 月 日			
所属の医療機関所在地	〒		記号・番号	3010	
所属の医療機関名			組合員名	(印)	
受給対象被保険者氏名			組合員との続柄	生年月日	
				M T S H	年 月 日生
療養費の項目 <small>(該当する項目に○印)</small>	1. 診療費等 2. 診療用装具 3. 鍼灸・マッサージ 4. 海外療養費				
受診した医療機関等 または薬局等					
療養期間	年 月 診療分				
療養に要した費用 (総額)	円				
添付書類	1. 診療費等 : 診療内容がわかる明細と領収証				
	2. 診療用装具 : 診療担当医師の証明書と領収証				
	3. 鍼灸・マッサージ : 診療担当医師の証明書と領収証				
	4. 海外療養費 : 所定の診療内容明細書と領収明細書または類するもの				

《振込指定銀行口座》

銀行名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
口座番号		名義人	

(事務使用欄)		郡市医師会	医師会		役員	事務長	検印	受付
		会員区分	A ・ B ・ C					
申請受理日	平成 年 月 日		備考					
支給額	円							
支給日	平成 年 月 日							