

# 療養費支給申請書

(様式第2号-1第三)

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	令和    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					
受給対象被保険者氏名		組合員との続柄	生 年 月 日				
			S H R	年	月	日	生
<b>第三者行為有無</b> (該当する方に○印)	1. 第三者行為による		2. 第三者行為によらない				
<b>療養費の項目</b> (該当する項目に○印)	1. 診療費等		2. 診療用器具		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. 診療用器具 : 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
会員区分	A ・ B ・ C

役員	事務長	検印	受付				

申請受理日	令和	年	月	日	備 考			
支給額						円		
支給日	令和	年	月	日				