

決 定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

支給年月日			
令和	年	月	日

承認	不承認	(不承認の場合、その理由)
----	-----	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

区 分	1 国保	1 単 2 2 3 3 併 併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入 8 高外 9 高入 0 高外

療養年月	平成・令和	年	月分
------	-------	---	----

公費負担者番号		保険者番号		3	3	3	0	4	7
受給者番号		被保険者記号・番号	岡304						
療養を受けた 被保険者氏名	続柄		1		2				
	昭・平・令		区分	組合員			家族		
	年 月 日生 男・女								
個人番号(マイナンバー)									
*傷病名			*発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日 令和					
*療養期間	平成・令和 年 月 日 から		*療養に要した 費用	療養の給付		円			
	平成・令和 年 月 日 まで (日間)			食事療養費		円			

*診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等	所在地	
	名称及び医師 又は薬剤師氏名	

*発病の原因、診療の内容及び傷病の経過

療養の給付を受けることができなかった理由

種別区分	1				2	3	4	5	7	8	88
	1	3	4	1	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・キウウ	移送	その他	保険者 間調整
	医	歯	調	海外療養費							

第三者行為 該当 非該当 ※該当の場合は給付できません。

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。

住所
組合員
令和 年 月 日 氏名 (印)

岡山県建設国民健康保険組合 殿 ※個人番号
(マイナンバー)

※上記の療養を受けたものと同じ場合は、省略可

決 定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

身 元 確 認 欄	① 確認者 <input type="checkbox"/> 支部 ()	
	② 届出人 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	