

様式第 18

|        |                 |      |       |  |     |        |             |     |
|--------|-----------------|------|-------|--|-----|--------|-------------|-----|
| 決<br>裁 | 理 事 長           | 常務理事 | 事 務 長 |  | 係 員 | 支<br>給 | 決 定 番 号     | 第 号 |
|        |                 |      |       |  |     |        | 審 査 決 定 点 数 | 点   |
|        | 令和 年 月 日        |      |       |  |     |        | 療養の支給に要する費用 | 円   |
|        |                 |      |       |  |     |        | 他 法 負 担 分   | 円   |
|        |                 |      |       |  |     |        | 一 部 負 担 分   | 円   |
|        | 右のとおり決定してよろしいか。 |      |       |  |     |        | 支 給 決 定 額   | 円   |
|        |                 |      |       |  |     | 不支給事由  |             |     |

国民健康保険療養費支給申請書

|                                                |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
|------------------------------------------------|-----------|---|-----------------------|--------------------------|--|---------------|--|--|--|
| 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号                           | 記 号       | 医 | 番 号                   |                          |  |               |  |  |  |
| 療 養 を 受 け<br>た 被 保 険 者                         |           |   | 生年月日                  | 年 月 日                    |  | 組合員と<br>の 続 柄 |  |  |  |
| 傷 病 名                                          |           |   | 療 養 期 間               | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |  | 日間            |  |  |  |
| 発病・負傷年月日                                       | 令和 年 月 日  |   | 発 病 の 原 因             |                          |  |               |  |  |  |
| 傷 病 の 経 過                                      |           |   | 法60条法64条<br>該 当 の 有 無 |                          |  |               |  |  |  |
| 療 養 内 容                                        | 入 院 ・ 入院外 |   | 療養に要した<br>費           | 円                        |  |               |  |  |  |
| 療養・薬剤の支給又は手当を<br>受けた病院・診療所、薬局・<br>その他の者の名称、所在地 |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 診療又は調剤に従事した医師<br>歯科医師又は薬剤師の氏名                  |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 療養の給付を受けることが<br>で き な か っ た 理 由                |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 備 考                                            |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 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。             |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                       |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 住 所                                            |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 組合員 氏 名 ㊞                                      |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |
| 茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿                             |           |   |                       |                          |  |               |  |  |  |

|            |     |     |     |  |                     |       |      |         |
|------------|-----|-----|-----|--|---------------------|-------|------|---------|
| 処 理<br>区 分 | 台 帳 | 通 知 | 支 給 |  | 療養費審<br>査委員会<br>処 理 | 審 査 月 | 整理番号 | 審 査 済 印 |
|            |     |     |     |  |                     |       |      |         |

国民健康保険療養費請求書

|         |     |        |                                         |   |           |  |
|---------|-----|--------|-----------------------------------------|---|-----------|--|
| ⑩ 一金 円也 |     |        | 請求者の振込依頼<br>銀行名、口座番号<br>・名義を記入して<br>下さい |   | 銀行 店      |  |
|         |     |        |                                         |   | 普通 当座 No. |  |
|         |     |        |                                         |   | 名義        |  |
| 決定通知番号  | 第 号 | 療養費の種類 | 医科、歯科、治療材料( )、看護、移送、「はり」「きゅう」「あんま」施術、海外 |   |           |  |
| 被保険者氏名  |     |        | 金 額                                     | 円 |           |  |
| 備 考     |     |        |                                         |   |           |  |

上記の金額を請求いたします。

令和 年 月 日

請 求 者 住 所  
(組 合 員) 氏 名

⑩

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

| 令和 年度     | 款        | 保険給付費 | 項 | 療 養 諸 費 | 目 | 療 養 費     | 節 | 負担金補助<br>及び交付金 |
|-----------|----------|-------|---|---------|---|-----------|---|----------------|
| 支 給 決 定 額 | 金        | 百     | 拾 | 万       | 千 | 百         | 拾 | 円              |
| 理 事 会 決 定 | 令和 年 月 日 |       |   |         |   | (担当理事決裁印) |   |                |