

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事	事務長	主査	係

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号・番号		記号	番号			
療養を受けた被保険者氏名				生年月日		組合員との続柄
男・女				明・大・昭・平 年 月 日		本人・家族
傷病名				発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日	
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	名称					
	所在地					
療養又は調剤に従事した医師・ 歯科医師又は薬剤師の氏名						
療養期間	自	平成	年	月	日	日数
	至	平成	年	月	日	入院・入院外の別
療養の給付又は 特定の療養費の 支給を受けなかつ た理由					入院・入院外	
					発病の原因	
					傷病の経過	
					療養内容	
				療養に要した費用		円
振込先	銀行		信用金庫		店	
	口座番号				口座名義	(フリガナ)
						1. 普通 2. 当貯 3. 座蓄

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。

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

〒

店舗所在地

組合員氏名



電話 ()