（様式給付第1号）

支給額	¥

事務長	係

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号		番号		
療養を受けた被保険者氏名				生年月日 昭・平・令　年　月　日	
個人番号（マイナンバー）				組合員との続柄	
傷病名		発病・負傷年月日	平成・令和　年　月　日		
第三者行為（交通事故や傷害）の有無	有　・　無	療養期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	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					
療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因			
		傷病の経過			
		療養の内容			
		療養に要した費用	円		

振込先

☐ 公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。

☐ 振込口座を指定する

銀行コード		支店コード	
金融機関名称	銀行 信用金庫 信用組合	支店	
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	（フリガナ）		

《個人番号の利用目的について》

当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

令和　年　月　日

〒

組合員　住所

氏名

個人番号（マイナンバー）

電話　（　　）

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

※ 郵送による申請の場合、個人番号を記入するため、簡易書留等の追跡可能な方法で送付してください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、「☐公金受取口座を利用する」の☐欄に✓を記入してください。
また、振込口座を指定する場合は「☐振込口座を指定する」の☐欄に✓及び口座情報を記入してください。