

|     |      |     |      |
|-----|------|-----|------|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 事務担当 |
|     |      |     |      |

様式第45号

| 国民健康保険療養費支給申請書   |             |                  |                                    |             |
|--|-------------|------------------|------------------------------------|-------------|
| 被保険者<br>記号番号   | —           | (フリガナ)           |                                    | 組合員との<br>続柄 |
| 個人番号   |             | 療養を受けた<br>被保険者氏名 |                                    |             |
| 傷病名  |             | 生年月日             | 昭和・平成・令和 年 月 日生                    |             |
| 療養期間   | H・R 年 月 日から | 日間               | 発病又は<br>負傷年月日                      | H・R 年 月 日   |
|  | H・R 年 月 日まで |                  |                                    |             |
| 診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、<br>診療所、薬局その他の者の名称及び所在地  |             |                  |                                    |             |
| 診療又は調剤に従事した医師、<br>歯科医師又は調剤師の氏名   |             |                  |                                    |             |
| 療養の給付を受けることが出来なかった理由   |             |                  |                                    |             |
| 発病の原因  |             |                  |                                    |             |
| 第三者の行為によるものですか<br>どちらか○を囲んでください  |             | はい いいえ           | 「はい」の場合は『第三者行為による被害届』を<br>提出して頂きます |             |
| 傷病の経過  |             |                  |                                    |             |
| 療養内容   |             |                  |                                    |             |
| 療養に要した費用額  |             |                  |                                    |             |
| <p>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て申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員住所 〒</p> <p>氏名</p> <p>組合員個人番号 _____</p> <p>栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p> |             |                  |                                    |             |

\* 下記書類を添えてご提出ください。

- (1) 診療内容明細書
- (2) 領収書
- (3) 証明書(コルセット装着・マッサージ等の場合)
- (4) 受診者のパスポートの写し(本人確認ができるページ及び、渡航期間の確認できるページ)