

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第18号

療養費請求書

金

被保険者証の 被保険者の 個人番号	記号	番号	(フリガナ) 療養を受けた 被保険者氏名		組合員との 続柄
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	H・R 年 月 日まで		発病又は 負傷年月日	H・R 年 月 日
診療内容及び経過					
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と 医師、歯科医師又は調剤師の氏名					
診療に要した費用額	¥		審査決定 額	¥	
第三者の行為によるものですか 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」を提出して頂きます

上記のとおり領収書を添えて請求します。

令和 年 月 日

組合員住所 〒

氏名

印

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

送金依頼書

振込先を1か2どちらかお選びください

1. 上記金額を下記口座へ振り込まれたく依頼します。

(フリガナ)

普通・当座

銀行

支店 名義

口座番号

2. 公的受取口座を利用します。 ※公的受取口座を利用する場合、マイナポータル等での事前登録が必要です。

個人番号 _____

令和 年 月 日

組合員住所 〒

組合員氏名

印

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿