

記入例(立替払)

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		医師国保記入欄				
被保険者証の	記号	番号	(フリガナ)	コクホ タロウ	組合員との続柄	子
	05	0031001	療養を受けた被保険者氏名	国保 太郎		
個人番号	1 2 3 4 5 6 1 8 9 0 1 2		生年月日	昭和・平成・令和 50年 4月 10日 生		
傷病名	急性胃腸炎		発病又は負傷年月日	令和 2年 4月 1日		
療養期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで 日間					
診療内容及び経過			投薬をうけ、完治			
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、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			〇〇市〇〇町〇〇番地 国保整形 保健 次郎			
診療に要した費用額	¥ 医師国保記入欄		審査決定額	¥ 医師国保記入欄		
備 考						
<p>上記のとおり領収書を添えて請求します。</p> <p>令和 2年 4月 15日</p> <p>組合員 住所 〒999-9999 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p>氏名 国保 学</p> <p>栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>						
送金依頼書						
振込先を1か2どちらかお選びください						
1. <input type="checkbox"/> 上記金額を下記口座へ振り込まれたいと依頼します。						
			(ふりがな)	普通・当座		
銀行		支店 名義		口座番号		
2. <input type="checkbox"/> 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 _____						
組合員 住所 〒999-9999 〇〇市〇〇町〇〇番地						
氏名 国保 学						
組合員個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2						
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿						

金額は、空欄で、
お願いします。

金額は、空欄で、
お願いします。

金額は、空欄で、
お願いします。

国保 印

国保 印