

記入例(装具)

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	ハナコ	組合員との 続柄	妻		
	05	0031001	療養を受けた 被保険者氏名	国保 花子				
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1		生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 生		
傷病名	証明書に記入されている傷病名		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	発病又は	令和	年	月 日
	H・R	年	月	日まで	日間	負傷年月日		
診療内容及び経過			コルセット装着、加療中					
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			〇〇市〇〇町〇〇番地 国保整形外科 医師 学					
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								
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 〒 999-9999 〇〇市〇〇町〇〇番地								
氏名 国保 太郎								
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿								
国保 印								
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く依頼します。								
(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 _____								
令和 年 月 日								
組合員 〒999-9999 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地								
氏名 国保 太郎								
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿								
国保 印								

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

国保