

(様式第7号)

【記入例】

国民健康保険療養費支給申請書



(令和 2 年 8 月分)

被保険者証の記号番号	60 - 01012-000	
療養を受けた被保険者	氏名	島根太郎
	個人番号	77777777777777
	生年月日	昭和 平成 令和 18年 1月 6日
傷病名		組合員又は准組合員との続柄 子
傷病・負傷年月日	令和 年 月 日	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、薬局その他のものの名称及び所在地	〒	
診療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	療養に要した費用 金 _____ 円
	傷病の経過	
	療養内容	
振込先 (申請者の口座)	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所
	種別	口座番号
	名義	

【記入要領】

※赤字部分をご記入下さい。

- ①個人番号(マイナンバー)を記入
- ②振込先口座を記入 (原則として組合員又は准組合員の口座を記入して下さい)
- ③提出日付を記入
- ④申請者(組合員又は准組合員)の郵便番号・住所・氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと

【添付書類】

- ・診療報酬又は調剤報酬等の明細書の写又はこれに準ずる内容で、審査ができる程度のもの(診断書可)と装具代金の領収証を添付して下さい。
- ・療養を受けた者が家族の場合は組合員氏名(申請者・振込先)で申請して下さい。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

③ 令和 2 年 11 月 5 日

組合員又は准組合員

④ 住所 (〒 690-0049) 松江市袖師町〇番△△号

氏名 島根 一郎

個人番号 99999999999999

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

【概要】

- 1.本書は、療養費種別：1 診療、2 補装具、3 柔整、4 あんま、5 鍼灸で、医療機関又は施術所から発行される領収書等に基づき給付します。
- 2.申請書は毎月10日を受付締め切りとし、高額療養費は当月15日に指定口座に振り込みます。(振込先金融機関の営業日並びに振込手続きにより多少前後することがあります)

島根県医師国保組合運営規程【抜粋】

(療養費の支給) 第15条 療養費の支給を受けようとする者は、国民健康保険療養費支給申請書(様式第7号)を理事長に提出しなければならない。

【注意事項】

- ・①④「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535

松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL : 0852-26-3100

FAX : 0852-26-3104

URL : https://shimane-ikokuho.or.jp

E-mail : isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp