

常務理事	事務局長	課長	係	整理番号			
伺 下記のとおり認定してよろしいか 令和 年 月 日							
申請区分	診療費	資格取得日	S・H・R	年 月 日	資格喪失日	S・H・R	年 月 日
決定金額		円	備考				

(ここから上の欄は記入しないでください)

療 養 費 支 給 申 請 書							
被保険者証の記号番号		煙国 - -			(枝番)		
療養を受けた被保険者	氏名					性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			組合員との続柄		
	マイナンバー						
療養の給付を受けることができなかった理由							
療養を受けた病院等	名称	別紙「診療報酬明細書」のとおり		医師の氏名	別紙「診療報酬明細書」のとおり		
	住所	別紙「診療報酬明細書」のとおり					
傷病名	別紙「診療報酬明細書」のとおり			傷病経過	別紙「診療報酬明細書」のとおり		
発病・負傷原因				発症・負傷年月日	平成 年 月 日・不明 令和		
診療年月	別紙「診療報酬明細書」のとおり			療養期間	別紙「診療報酬明細書」のとおり		
療養内容	別紙「診療報酬明細書」のとおり			療養に要した費用	円		
上記のとおり、必要書類(領収書等)を添えて申請します。 令和 年 月 日							
住所		〒 _____					
組合員(申請者)	電話番号	( ) - _____					
	氏名	_____ 印					
マイナンバー							
関西たばこ国民健康保険組合 理事長 殿							

希望振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合					
	支店名	支店・出張所			支店コード(店番号)		
	口座区分	普通・当座・貯蓄		口座番号			
	電話番号	( ) - _____					
	(フリガナ)						
口座名義人							