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
療養を受けた病院等 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 令和　　年　　月　　日・不明
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

組合員（申請者）

住　所　〒

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			