**療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 佐　医・ | 被保険者名 |  | 区分※右欄に○を記入下さい |  | 医師組合員 |
|  | 医師家族 |
|  | 従業員組合員 |
| マイナンバー |  |  | 従業員家族 |
| 発病負傷年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 傷病名 |  |
| 手当の内容及　び傷病経過 |  | 療養の給付を受けることができなかった理由 |  |
| 療養期間 | 自　令和　　年 　月 　日至　令和　　年 　月 　日（　　　日間） | 療養に要した費用 |  |
| 療養担当医　　　師 | 住　　　所医療機関名氏　　　名 |
| 振込先 | お振込先 | 　□ 医師信用組合本店 |
| 銀行・信金　　　　　　　　　　　　　　　　信組・農協　　　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 | （ 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他 ） |
| 口座名義（カタカナ） |  |

別紙、証憑書類を添えて上記の通り申請します。

令和　　年　　月　　日

医　師

従業員

　　　　　　　　　　　組合員　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の申請を確認しました。（下記については、従業員組合員が申請する場合のみ医師組合員

が記入・押印下さい。）

　　　　　医師組合員氏名（事業主）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

佐賀県医師国民健康保険組合理事長　殿