**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