

《記入例》



国民健康保険療養費支給申請書

本人、長男等

被保険者証 記号・番号	道 歯 - -	療養を受けた 被保険者氏名		組合員 との続柄	
傷病名		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	記入してください。 例：被保険者証を 持参し忘れたため	発病の原因	例)不明	療養に 要した 費用	領収書の金額を 記入。 円
		傷病の経過	例)良好・経過観察中		
		療養内容	例)投薬による治療		

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒 - 電話() - 番

住所 (自宅)

組合員 氏名 組合員氏名

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様

公金受取口座の利用有無

利用する ※1 利用しない ※2

マイナンバー(組合員本人)

→お振込み先の口座(組合員のもの)の記入が必要です。

※1 公金受取口座を利用する場合、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。
ご利用される場合は、必ず組合員ご本人のマイナンバーをご記入下さい。

※2 公金受取口座を 利用しない場合、 組合員の銀行名等 を記入して下さい。	銀行名	銀行 信用金庫	本店 支店
	預金の種類と 口座番号 (ふりがな)	普通 当座	預金 No.
	口座の名義人名	組合員氏名	

支給決定額	円
組合記載欄	

公金受取口座登録制度とは

事前にマイナポータルにて給付金の受取口座をご登録いただくことにより、各種給付の申請時に口座情報の記載が不要になります。

公金受取口座のご登録方法につきましては、マイナンバー総合フリーダイヤル(TEL:0120-95-0178)にお掛けいただき、音声ガイダンスに従って6:公金受取口座登録制度を選択してください。

公金受取口座を利用する場合は、利用有無の"利用する"に☑し、組合員のマイナンバーをご記入下さい。

※利用する場合は、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。

公金受取口座を利用しない場合は、利用有無の"利用しない"に☑し、組合員の口座情報をご記入下さい。

※病院の診療報酬明細書と領収書を一緒に組合宛てに送付してください。(原本です。)

