

療養費支給申請書（一般診療）

理事長	専務理事	事務長	課長	係

療養を受けた者	(フリガナ)				保険者番号	0	0	4	0	3	0	2	2	
	氏名				記号・番号									
					個人番号									
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1. 男・2. 女	世帯主との続柄						
	診療年月	令和	年	月		診療日数		第三者行為 (交通事故・傷害等)			1. 有・2. 無			
	入院・外来	1. 入院・2. 外来			療養期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
保険種別	国保・退職（本人/家族） 給付割合（7・8・9）			入外区分	1. 本入・2. 本外・3. 六入・4. 六外・5. 家入 6. 家外 7. 高入一・8. 高外一・9. 高入七・0. 高外七									

種類	1. 医科・2. 歯科・3. 調剤・4. 柔整・5. 補装具・⑥. 海外療養費 7. あん摩マッサージ・8. はりきゅう・9. 移送費・10. 生血																
傷病名																	
診療を受けた医療機関等の所在地																	
診療を受けた医療機関等の名称											機関コード						
支給申請の理由																	
発病又は負傷の理由																	

振込先 (世帯主の口座)	銀行 信用金庫 信用組合 共同組合			本店(所) 支店(所)			預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()					
口座番号						金融機関コード				支店コード			
口座名義人 (カタカナ) ※													

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

(宛先) 福岡県歯科医師国保組合理事長 殿 年 月 日

〒 -

申請者 住所 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印 連絡先 _____

個人番号 _____

※処理欄

療養費に要した費用額						食事回数			
審査認定額						療養に要した費用額			
一部負担金						食事標準負担額			
支給金額									

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

福岡県歯科医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、組合員、_____は、
貴組合の職員又は貴組合の委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

記

署名日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・療養期間 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた者の署名欄

患者氏名：_____ 印

住所：_____

生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

●被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

氏名：_____ 印

住所：_____

生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

療養を受けた者との関係： 本人 ・ 家族 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人
・ その他（ _____ ）

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。