

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師国民健康保険組合 療養費 支給申請書

被保険者の記号・番号		崎薬一						
療養を受けた被保険者氏名	氏名			組合員との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	
診療・薬剤の支給または手当を受けた医療機関等の名称・所在地	名称							
	所在地							
診療・調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名								
傷病名								
初診年月日		令和	年	月	日			
療養期間		令和	年	月	日から令和	年	月	日まで
発病の原因				第三者行為	有・無			
療養の内容								
療養に要した費用		円						
療養種別		1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. その他()						
希望振込先	銀行	本・支店名			口座番号			
		種別	1. 普	2. 当	フリガナ 口座名義			

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒

組合員 住所

氏名

(連絡先TEL - -)

長崎県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様

資格区分	費用額	自己負担額	支給決定額
一般・前期(一般)・前期(現役並み)・就学前			