（この欄は記入しないで下さい）

決裁	事務長		会計		担当		

起案年月日	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金
	決定金額	円		資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日				
	支給金額	円							
	備考								

国民健康保険療養費支給申請書

令和　　年　　月　　日

下記のとおり療養に要した費用の明細書（領収書）を添えて申請します。

大阪府浴場国民健康保険組合　理事長　様

住所

世帯主（組合員）

氏名

生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
個人番号（マイナンバー）	

被保険者記号番号	浴国　　（枝番）		
療養費支給申請対象者	住所		
	氏名	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
		個人番号（マイナンバー）	

傷病名	発病年月日	発病の原因
① ②	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日	
診療を受けた医療機関名	所在地	診療に従事した者の氏名
療養の給付を受けることができなかった理由		傷病の経過
		療養に要した費用　円
		備考

振込致しますので、下記へご記入下さい。

銀行名		支店名	支店
預金種目	1. 普通　　2. 当座	フリガナ	
口座番号		名義人	

（注）傷病が第3者（加害者）の行為によるものであるときは、別に「第3者行為による傷病届」を提出してください。