

理事長	常務理事	事務長	係

療 養 費 支 給 申 請 書

記号番号	石医	-	個人番号																	
生年月日			組合員との続柄		氏名															

傷病名		発病又は負傷年		月		日	年		月		日
発病又は負傷原因											
療養期間	平成		年		月		日	から			
	平成		年		月		日	まで			日間
診療・薬剤の支給又は手当を医療機関・薬局その他の所在地											
診療・薬剤の支給又は手当を医療機関・薬局その他の名称											
診療又は薬剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師	職名							氏名			
療養の給付を受けることができなかった理由								療養に要した費用			円

振込先	金融機関名		銀行	信用金庫	支店名		本支店	出張所
	口座種別	普通	・	当座	フリガナ			
	口座番号				口座名義人			

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。

平成	年	月	日
			住所
			氏名
			(印)
			個人番号

石川県医師国民健康保険組合理事長 様