様式第 12 号

事務長	確認	担当

療養費支給申請書

記号番号	医　　ー	(准)組合員氏名	
		(准)組合員マイナンバー	
手当てを受けた被保険者氏名		(准)組合員との続柄	
手当を受けた被保険者のマイナンバー			
傷病名		発病年月日	
手当の内容および傷病の経過		療養の給付を受けることができなかった理由	・被保険者証等を持たずに受診したため ・装具装着のため ・その他（　　）
手当を受けた期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日	手当に要した費用	

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療養費を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和　　年　　月　　日

(准)組合員氏名　　㊞

上記の療養費は、下記の預金口座に振り込み願います。

銀行店番　　普通

信用金庫　　支店　当座

フリガナ

名義人氏名

組合記入欄					
	決定費用額	円	資格取得年月日	令和　年　月　日	
	一部負担金	円	特定仮受付日	令和　年　月　日	
	支給額	円	取得届出年月日	令和　年　月　日	
	薬剤負担金（再掲）	円	被保険者証交付日	令和　年　月　日	
	支払年月日		＊備考		
	資格	組合員・准組合員 組合員家族・准組合員家族	従来・特定		
		一般・65～69歳・70歳以上・未就学児			

注　1.　「組合記入欄」は記入しないでください。

2.　治療用装具等の費用の請求のときは、診療担当医の意見書と装具装着証明書、領収書を添付してください。

3.　自家診療の結果、処方箋交付による調剤の給付及び各種意見書交付による施術療養費等については給付できません。