（給 第 1 号 様 式）　　Ver.24.12.01

療養費支給申請書（令和　　年　　月分）

被保険者番号	沖医国	療養を受けた被保険者氏名		組合員との続柄	
個人番号（マイナンバー）		傷病名			
発病又は負傷年月日	令和　　年　　月　　日	入院外来区分	1. 入院　　2. 外来		
療養期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日まで（　　日間）				
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
傷病の種類 ※○をつけて下さい	1.一般診療（海外療養費含む）2.治療用装具　3.柔道整復 4.あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ　5.はり・きゅう　6.移送費　7.その他（生血）				
支給申請をした理由 ※○をつけて下さい	1.保険契約がないため（補装具の場合）　2.保険証不携帯 3.その他（理由：　　）				
発病又は負傷の理由 ※○をつけて下さい	1.第三者行為(交通事故・傷害等)　2.業務上の災害(通勤災害等) 3.その他(自損事故・疾病等)				

上記のとおり領収書を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日　　〒

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師（従業員）組合員

氏　名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号 □□□□□□□□□□□□

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

振込先口座（組合員名義口座のみ）

※原則、医師組合員は保険料引き落とし口座への振込となります。(その場合記入不要)
従業員組合員が申請する場合は、従業員組合員名義の口座をご記入ください。

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	（普通 ・ 当座） No.	フリガナ	
		口座名義	

事務処理欄	療養に要した費用額	金　　円	負担割合	7割 ・ 8割
	支給決定額	金　　円	備考欄	