

国民健康保険療養費請求書

① 一金 円也		振込依頼銀行名	銀行	本店	
		普通・当座 口座No.	名義人(カタカナ)		
決定通知番号	第 号	個人番号※			
療養費の種類	医科、歯科、治療材料()、移送、「はり」、「きゅう」、「あんま」、施術				
被保険者氏名			金額	円	
決定通知番号	第 号	個人番号※			
療養費の種類	医科、歯科、治療材料()、移送、「はり」、「きゅう」、「あんま」、施術				
被保険者氏名			金額	円	
備考					

個人番号を記入し、上記の金額を請求いたします

年 月 日

住 所

請求者

氏 名

①

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

給付決定支出命令書

年度	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
支出命令	金	拾	万	千	百	拾	円	
決定	年 月 日	理事会	理事長			常務	理事	
送金	年 月 日	振込	事務長			担当		

※個人番号を取得する場合は、利用目的を本人に通知又は公表してください。
また、必ず本人確認(番号確認及び身分確認)を行ったうえで、個人番号を記入してください。

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。