常務理事 常務理事 事務局長 課 係 長 决 記入例 申請書は、医療機関お よび月ごとに必要にな 裁 ります。 日決定 令和 月 国民健康保険療養費支給申請書 【例】 4月と5月にA病院とB 記号 86-001 被保険者 番号 1234 薬局を受診した場合 面 被保険者名 医 師 花 子 4月のA病院分で 1枚 を 養 4月のB薬局分で 1枚 被保険者の個人番号 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 かを 5月のA病院分で 1枚 照 受 生年月日 昭和 ● 平成 • 合和 ○ ○ 年 〇〇 月() 日生 5月のB薬局分で 1枚 ナ の 上 性 1. 男 (2. 女) 給付割合 7割 8割 9割 別 合計:申請書は4枚必 療養期間 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 要です。 日間 2. 外来 入院・外来 1. 入院 書類を添付して下 1. 一般診療(海外療養費含む) 【 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 海外 】 2. 治療用装具 3. 柔道整復 秿 粨 5. はり・きゅう 4. あんま・マッサージ 7. その他(生血) 6. 移送費 傷病名 気管支炎 交通事故の場合は、 「2. 第三者行為によ 〒 000-000 東京都中央区〇〇〇 1 - 1 - 1る」に〇をして下さい。 機関等の所在地 診療を受けた医療 000クリニック 機関名又は施術師 1. 保険契約なきため(補装具の場合) 支給申請をした 由 (2.) その他 〔理由…加入手続き中の為、医療費の全額を支払った。 太 外傷の場合は詳しく記入して下さい。 1. 第三者行為外 2. 第三者行為による 発病又は負傷の 線 〔理由… 内 は 療養に要した費用額 食事日数 Ħ 記 入 審査認定額 \*\* は 食事に要した費用 し 薬剤一部負担金 食事標準負担額 な い 一部負担金 支 で下 金融機関名 000 000 信用金庫 支 店 さ 振 2 1 3 4 2 3 1 信用組合 出張所 口座種別 (普通) 当座 口座番号 2 3 7 1 5 6 认 フリガナ シ タ 1 ゥ 先 口座名義人 組合員の方の住所・氏 太 師 郎 漢 字 医 名・電話番号・マイナ ンバーを記入してくだ 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いたします。 さい。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 住所 〒000-0000 千代田区〇〇〇 1-1-1 組合員 氏名 師 郎 またけ (委任継承者) 組合員の個人番号 2 3 5 6 7 8 9 0 9 8 電話 03(0000)0000 東京都医師国民健康保険組合理事長

執行印 処理印 受付印