

記入例

申請書は、医療機関および月ごとに必要になります。

【例】

4月と5月にA病院とB薬局を受診した場合

4月のA病院分 1枚
4月のB薬局分 1枚
5月のA病院分 1枚
5月のB薬局分 1枚

合計：申請書は4枚必要です。

交通事故の場合は、「2. 第三者行為による」に○をして下さい。

太線内は記入しないで下さい。

組合員の方の住所・氏名・電話番号・マイナンバーを記入してください。

| | | | | | |
|----|------|------|------|----|----|
| 決裁 | 常務理事 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係 |
| | | | | | |
| | 令和 | 年 | 月 | 日 | 決定 |

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | |
|--|--|--------|-------|---------------|
| 被保険者証 | 記号 | 86-001 | 番号 | 1234 |
| 被保険者名 | 医師 花子 | | | |
| 被保険者の個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 | | | |
| 性別 | 1. 男 | 2. 女 | 給付割合 | 7割 8割 9割 |
| 療養期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| 日数 | 2 日間 | 入院・外来 | 1. 入院 | 2. 外来 |
| 種類 | 1. 一般診療(海外療養費含む) 2. 治療用具 3. 柔道整復 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 6. 移送費 7. その他(生血) | | | |
| 傷病名 | 気管支炎 | | | |
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都中央区〇〇〇 1-1-1 | | | |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | 〇〇〇クリニック | | | |
| 支給申請をした理由 | 1. 保険契約なきため(補装具の場合) 2. その他 [理由…保険証の加入手続き中の為、保険証が手元になかった。] | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 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 [理由…] | | | |
| 療養に要した費用額 | 食事日数 | | | |
| 審査認定額 | ※この欄は記入しないでください | | | |
| 薬剤一部負担金 | 食事標準負担額 | | | |
| 一部負担金 | 支給額 | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 〇〇〇 | 支店 | 〇〇〇 |
| | 口座種別 | 普通 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | 口座名義人 | フリガナ | 漢字 | |
| | | イシ | 医師 | |
| | | タロウ | 太郎 | |
| 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。 | | | | |
| 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | |
| 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千代田区〇〇〇 1-1-1 | | | | |
| 組合員 氏名 医師 太郎 | | | | |
| (または 委任継承者) 組合員の個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8 | | | | |
| 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | |
| 東京都医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | |

※裏面を参照の上、必要書類を添付して下さい。

執行印

処理印

受付印