

国民健康保険療養費支給申請書

理事長	副理事長	常務理事・理事	所属長	担当

療養を受けた方	保険証 記号番号	123-456-789	氏名	国保 太郎	個人 番号	マイナンバー			
種類	1. 一般診療【医科・歯科・調剤】 ② 治療用装具 3. 海外療養費 4. 柔道整復・あん摩・はり等施術費			療養を受けた 被保険者の 生年月日	S・H・R 〇〇年〇月〇日	〇〇 歳	組合員 との続 柄	・本人 ・家族	
傷病名	〇〇〇〇			療養期間	令和 〇年〇〇月〇〇日から 〇年〇〇月〇〇日まで 〇 日間				
診療、調剤の支給又は手当を受けた 病院・医院・薬局等の所在地・名称 及び主治医又は従事した者の名前				・医療機関名 ・医療機関所在地 ・医師氏名					
第三者行為（交通事故など）				該当 ・ 非該当					
療養の給付 を受けた 理由	【記入例】			発病の原因	家の階段でつまずいた・不詳				
	1. 緊急のため被保険者証を 持参できなかったため 2. 業者に装具の作成を依頼 したため 3. 他保険資格喪失後の受診 4. その他（ ）			傷病の経過	入院等の安静により改善してきた				
				療養内容	装具による療養・装具の名称				
				療養費請求額	〇〇〇〇 円				

※件数	※日数	※点数	※費用額	※保険者負担額	※一部負担金

振込先 いずれかに 指定	<input checked="" type="checkbox"/>	公金受取 口座を利用	口座情報の記入は不要です。					
	<input type="checkbox"/>	振込口座を 指定	銀行名	銀行 信用金庫			支店	
		預金種目	普通・当座	口座番号				
		フリガナ						
		口座名義						

上記のとおり療養に要した費用に関する下記証拠書類を添えて申請します。
令和 〇年 〇〇月 〇〇日

〒 500 - 8510
住所 岐阜市藪田南3丁目5番11号

組合員氏名 国保 太郎 連絡先 TEL 058 - 274 - 1120
(世帯主組合員)

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

※の欄は記入しないで下さい。

【証拠書類】 一般診療分については、診療報酬明細書(写しでも可)及び領収書
 コルセット等治療用装具については、診断書(意見書)、装具装着証明書及び領収書
 その他については、上記に準ずる証明書及び領収書