

# 記入例

1・2・家

決	常務理事	常務理事	事務局長	課長	係
裁	令和 年 月 日決定				

## 国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた方	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 ○○年 ○○月 ○○日生						
	性別	1. 男 2. 女		給付割合	7割 8割 9割			
療養期間	令和 ○○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 年 月 日							
日数	1 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)【医科・歯科・調剤・海外】 2. 治療用器具 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	変形性腰痛症							
診療を受けた医療機関等の所在地	〒○○-○○○ 東京都中央区○○○ 1-1-1							
診療を受けた医療機関名又は施術師	○○○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…〕							
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	日				
審査認定額 ※1	この欄は記入しないでください		食事に要した費用					
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	○○○	銀行 信用金庫 信用組合	コード 1 2 3 4	支店	○○○	支店 本店 出張所	コード 1 2 3
	口座種別	普通		当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義人	フリガナ	イシ	タロウ				
	漢字	医師	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 ○○年 ○○月 ○○日								
住所 〒○○○-○○○ 千代田区○○○ 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 (○○○○) ○○○○								
東京都医師国民健康保険組合理事長 殿								

療養期間は、診断書の「装着の必要を認めた日」を記入して下さい。

日数は、1日と記入して下さい。

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。

※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