

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の番号		療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号(マイナンバー)																					
傷病名	生年月日		続柄																				
発病又は負傷年月日	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで																				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地																							
医師又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名																							
療養の給付を受けることができなかった理由(番号に丸を付けてください)	1.治療用装具の装着(コルセット・弾性着衣・小児用眼鏡等)	発病の原因																					
	2.被保険者証を持たずに受診	傷病の経過																					
	3.他の保険者の被保険者証で受診	療養内容																					
	4.その他()	療養に要した費用																					
支給金の振込先		銀行	支店、普、当 No. _____																				
		(フリガナ) 名義																					
受領委任状((准)組合員本人と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。) この給付の受領を、 (口座名義人住所) <input type="checkbox"/> (准)組合員と同じ (口座名義人氏名) 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 申請者((准)組合員氏名) _____ ㊟																							
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。																							
年 月 日 住 所 〒																							
(准)組合員 個人番号(マイナンバー)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
氏 名		㊟																					
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿																							
支給年月日		支給金額	¥																				

理事長	常務理事	事務局長	担当者

記入例

国民健康保険療養費支給申請書			
被保険者証の番号	9999999	療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号(マイナンバー)	兵庫 花子 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
傷病名	装具作成の時→意見書に記載の病名 それ以外の時→受診対象の傷病名	生年月日	平成99年99月99日 続柄 <small>療養を受けた者について(准)組合員からみた続柄</small>
発病又は負傷年月日	傷病の発症年月日。不明の場合は「不詳」	療養期間	令和99年99月99日から 令和99年99月99日まで
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地	兵庫県〇〇市〇丁目〇番地 〇〇医院		
医師又は調剤に従事した 医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	〇〇〇 〇〇〇医師		
療養の給付を受けることができなかった理由(番号に丸を付けてください)	1.治療用装具の装着 (コルセット・弾性着衣・小児用眼鏡等)	発病の原因	病の経過を記入、不明の場合は「不詳」
	2.被保険者証を持たずに受診	傷病の経過	入院加療、外来加療等記入
	3.他の保険者の被保険者証で受診	療養内容	装具装着、投薬、検査等治療内容を記入
	4.その他 ()	療養に要した費用	領収書の金額を記入
支給金の振込先	〇〇〇 銀行 〇〇〇 支店 普、当 No. 9999999 (フリガナ) ヒヨウゴ ハナコ 名義 兵庫 花子		
受領委任状((准)組合員本人と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。) この給付の受領を、 (口座名義人住所) <input checked="" type="checkbox"/> (准)組合員と同じ (口座名義人氏名) 住所 _____ 氏名 兵庫 花子 に委任します。 申請者((准)組合員氏名) 兵庫 太郎 ㊟			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 # 年 # 月 # 日 住 所 〒999-9999 兵庫県〇〇市〇〇町99-99 (准)組合員 個人番号(マイナンバー) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 氏 名 兵庫 太郎 ㊟ 兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿			
支給年月日		支給金額	¥

■証拠書類について■

<治療用装具装着の場合>

- ・医師の意見書等・・・医師の意見書及び装具装着証明書、弾性着衣等装着指示書、眼鏡等作成指示書等
- ・領収書及び明細書(原本)
- ・靴型装具のみ、現物を写した写真

<診療費の場合>

- ・診療報酬明細書(レセプト)
(調剤薬局の場合も診療報酬明細書を添付してください。尚、診療明細書とは異なります。)
- ・領収書(原本)

■注意事項

自家診療については給付いたしません。

振込先は、原則として(准)組合員名義の口座をご指定ください。(准)組合員以外の口座を指定される場合は、受領委任欄に委任した旨をご記入ください。