

国民健康保険療養費支給申請書

《一般診療(医科外来・医科入院・歯科・調剤)・治療用装具(入院・外来)・その他()》

申請書は、入院、外来、月ごと、医療機関ごとにそれぞれ1枚必要です。

市 記載欄	資格区分	一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族	割合	割
----------	------	------------------	----	---

被保険者証 記号番号	31 - -	療養を受けた被保険者氏名	S・H・R	世帯主からみた続柄	続柄
療養を受けた被保険者がお持ちの医療証	乳幼児医療証 (乳)	療養期間	生年月日	S・H・R	年 月 日 ()
	義務教育就学児医療証 (子)		療養期間	年 月 日から	日間
	ひとり親家庭等医療証 (親)			年 月 日まで	
	心身障害者(児)医療証 (障)			年 月 日まで	
	高校生等医療証 (青)			年 月 日まで	
その他 ()					
傷病名 ※治療用装具の場合は記入不要		第三者行為(交通事故・傷害事件など)による医療受診でしたか?	はい ・ いいえ		
※「はい」の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。					

療養を受けた医療機関等	名称	
	所在地	
療養に従事した医師等	氏名	

支給申請に至った理由/ 必要な添付書類	1 コルセットなどの治療用装具を装着したため	必要な証拠書類
	2 緊急で保険証を持たずに医療機関を受診し、医療費を10割自己負担したため	
	3 以前加入していた保険の保険証を使用したため	
	2又は3に該当し、法定届出期間14日を超えて加入手続きした場合は、理由を具体的に記入してください ()	
	<input type="checkbox"/> 医師の診断書/意見書 <input type="checkbox"/> 明細の分かる領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 医療機関に10割支払った領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 前保険者に支払った領収書	※理由によっては、審査に3か月以上かかる場合や支給が認められない場合もあります。

発病・負傷の原因等	
療養に要した費用	百 十 万 千 百 十 点・円

上記のとおり、療養の内容及び療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

(世帯主)

氏名 (世帯主)

調布市長 宛 電話番号

届出者氏名	届出者電話番号	世帯主からみた続柄	受付日付印
振込先	銀行名	支店名	口座番号
			普通・当座
	口座名義人(カタカナ)		
			受付者サイン