

# 記入例

## 国民健康保険療養費支給

(内科入院・歯科・調剤)・治療用装具

### 療養費 治療用装具

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	割
----------	------	----	---

被保険者証 記号番号	31 - 99 - 9999	療養を受けた被保険者氏名	調布 花子	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	<input checked="" type="radio"/> ひとり親家庭等医療証 (親) <input type="radio"/> 心身障害者(児)医療証 (障) <input type="radio"/> 高校生等医療証 (青) <input type="radio"/> その他 ( )	療養期間	記入不要	生年月日 S・H・R 99年9月9日 (妻) 年 月 日から 年 月 日まで	
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	調布市民病院
	所在地	記入不要
療養に従事した医師等	氏名	記入不要

該当するものに○  
カッコ内は具体的に記載してください

必要な書類がそろっているかチェックしてください

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 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 <input checked="" type="radio"/> 3 以前加入していた保険の保険証を使用したため	必要書類 <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 checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input checked="" type="checkbox"/> 前保険者に支払った領収書
------------------------	---	--

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。  
(退職した会社から資格喪失証明書が送付されるのに1か月かかったため。)

※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	記入不要
療養に要した費用	百 十 万 千 百 十 点・円 記入不要

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  
〒 182-8511

申請者 住所 調布市小島町2-35-1 調布マンション506号室  
(世帯主)

届出者欄は郵送の場合記入不要

氏名 調布 太郎(★1)  
(世帯主)  
電話番号 042-999-9999

★1・★2は世帯主名

届出者氏名	調布 みどり	届出者電話番号	090-999-9999	世帯主からみた続柄	子	受付日付印
-------	--------	---------	--------------	-----------	---	-------

振込先	銀行名	支店名	口座番号
	あいうえ銀行	調布支店	普通・当座 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人(カタカナ)		
	チ ヨ ウ フ	タ ロ ウ	(★2)

患者ではなく世帯主の口座  
※成年後見人・相続人代表など、世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。