

# 記入例

## 国民健康保険療養費支給

(・医科入院・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
		生年月日	S・H・R 99年9月9日	(妻)	
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) その他( )	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 記入不要		
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		

該当するものに○  
(なければ空欄)

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  
(原本が必要です)

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			
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 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(原本) <input type="checkbox"/> 医師の診断書/意見書(原本) <input type="checkbox"/> 明細の分かる領収書(原本) <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(原本) <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(原本)	※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  
(世帯主)

住所 調布市小島町2-35-1 調布マンション506号室

氏名 (世帯主) 調布 太郎(★1)

電話番号 042-999-9999

★1・★2は  
世帯主名

届出者欄は  
郵送の場合記入不要

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。