

支給額	¥	事務局記入欄	年	月	日
-----	---	--------	---	---	---

## 療養費支給申請書

装具作製指示書に記載のある傷病名

被保険者の記号番号	記号	123	番号	12345678	傷病名	左靭帯損傷
療養を受けた被保険者氏名	国保 一郎				第三者行為(交通事故や傷害等)の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
個人番号(マイナンバー)	1 0 0 0 2 0 0 0 3 0 0 0				発病、負傷年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
(准)組合員との続柄	子				療養期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 年 月 日まで 日間

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	〇〇整形外科クリニック 〇〇市〇〇1-23-45
療養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

療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証等を持参できなかった為(理由) 2. <input checked="" type="radio"/> 装具作成の為(装具名 〇〇装具) 3. はり・きゅう又はけんまマッサージ等の施術を受けた為 4. 海外渡航中 5. その他( )	発病の因	外出先で転倒した
		傷病の経過	痛みは治療により軽減した
		療養内容	装具の装着
		療養に要した費用	00,000 円

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合は、									
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
	口座名義人	フリガナ	コクホ タロウ	預金種別	口座番号					
			国保 太郎	普通・当座	1	2	3	4	5	6
	〇〇〇	銀行	金融機関コード	〇〇〇	支店	支店コード				
		信用金庫	0 0 0 0		出張所	0 0 0				
		信用組合								
(申請者である(准)組合員と口座名義人が異なる場合は署名してください。)										
上記名義人への支給を了承します。 (准)組合員氏名										
Ⓜ (自署の場合は押印省略可)										

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。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〇〇市〇〇1丁目〇-〇 (准)組合員 氏名 国保 太郎 個人番号 1 2 3 4 2 3 4 5 3 4 5 6 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様	【個人番号の利用目的について】 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による」保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
--	--

※この療養費は、当組合が療養の給付を行なえない場合、又は被保険者が、緊急その他やむを得ない理由で療養取扱機関以外で診療を受けた場合に、組合が認定したときだけ、療養の給付に代えて支給されます。

支給額	¥	事務局記入欄	年	月	日
-----	---	--------	---	---	---

記入例 (立替払い)

## 療養費支給申請書

わからない場合は  
空欄で可

被保険者の記号番号	記号	123	番号	12341234	傷病名	インフルエンザ								
療養を受けた被保険者氏名	健康 花子				第三者行為(交通事故や傷害等)の有無	有・ <b>無</b>								
個人番号(マイナンバー)	9	9	9	9	8	8	8	8	7	7	7	7	発病、負傷年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
(准)組合員との続柄	本人				療養期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 日間								

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	〇〇内科クリニック 〇〇市〇〇1-1-1
療養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

療養の給付を受けることができなかった理由	1. <b>保険証等を持参できなかった為</b> (理由 <b>旅行中で保険証を持っていなかった</b> ) 2. 装具作成の為(装具名 ) 3. はり・きりを受けた為 4. 海外渡航中の病気やケガの為 5. その他( )	発病の因	不詳
		傷病の経過	急に高熱が出たため受診し、処方された薬を飲んで軽快した
		療養内容	投薬
		療養に要した費用	00,000 円

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合	医療機関等に支払った費用												
<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する													
振込先	口座名義人	フリガナ	ケンコウ ハナコ	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	健康 花子					〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇
		銀行	金融機関コード										
		信用金庫	0 0 0 0										
		信用組合											
		出張所											
		支店											
		支店コード											
		0 0 0											
(申請者である(准)組合員と口座名義人が異なる場合は署名してください。)													
上記名義人への支給を了承します。 (准)組合員氏名													
Ⓜ (自署の場合は押印省略可)													

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。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〇〇市〇〇町〇-〇 (准)組合員 健康 花子 氏名 個人番号 9:9:9:9 8:8 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県医師国民健康保険組合理事長	【個人番号の利用目的について】 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国
--	---

保険証を持参できずに10割負担で受診したときは、かかられた医療機関・薬局等の窓口で必ず「保険組合に療養費の申請をする」旨を申し出て、**診療報酬明細書(レセプト)の写し**  
《傷病名・発症年月日・点数の記載があるもの》  
を入手し、添付してください。

※領収書と共に渡される「診療明細書」とは異なります。  
※処方箋を調剤薬局に提出したときは調剤薬局でも同様に申し出て、「調剤報酬明細書(レセプト)の写し」を入手してください。  
※医師国保の資格取得日以降に前の保険証を利用してしまったときは、前の保険者の指示に従って費用を支払ったうえで、保険者から発行されたレセプトの写しを開封せずに、封書ごと添付してください。

※この療養費は、当組合が療養の給付を行なえなかった場合に、組合が認定した