広島県歯科医師国民医健康保険組合

療養費支給申請書について

時下　ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、療養費の申請につきましては、下記の項目についてご請求される場合、同封の申請書にご記入ご捺印の上、添付書類を添えて組合宛ご送付くださいますようお願い申し上げます。

（振込先の銀行名・口座番号・口座名義・フリガナは正確にご記入ください。）

記

項目（内容）	添　付　書　類
診　　療　　費	・領収書（原本） ・レセプトの写し ＊領収書と一緒にもらえる診療明細書ではありません。病院に依頼する必要があります。
海　外　療　養　費	診療内容明細書・日本語翻訳文・領収明細書
あんま・マッサージの施術 はり・きゅうの施術	保険医の同意書・ 施術料金領収明細書（施術内容のわかるもの）
装具（コルセット）の費用	保険医の証明書・装着証明書・ 領収書（内訳のわかるもの）
付添看護料の付添料	看護婦承認申請書・ 看護を必要とする保険医の同意書・ 看護費用の領収書（内訳のわかるもの）
治 療 用 眼 鏡 等 （９歳未満の小児対象）	治療担当者に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書等の原本（弱視、斜視等の明記があるもの）・領収書

記載例

国民健康保険療養費支給申請書

受付担当者								
診療年月	令和 4 年 4 月	有	原爆	障害	乳児	受付年月日	年 月 日	
保険者名	広島県歯科医師国民健康保険組合		ひとり親	その他（ ）				
		無						
保険者番号	343012	療養を受けた被保険者氏名	○ ○ ○ ○			性別	(男) 女	
被保険者証記号・番号	12345678	生年月日	(昭和) 平成 30 年 1 月 1 日			保険種別	一般被保険者	
							退職被保険者	本人
								被扶養者
傷病名	別紙のとおり	療養期間	令和 4 年 4 月 1 日 から			診療実日数		
発病負傷年月日	年 月 日		令和 4 年 4 月 1 日 まで			1 日		
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	別紙のとおり					給付割合	7 割	
診療又は調剤に従事した医師，歯科医師又は薬剤師の氏名	別紙のとおり							

療養の給付等を受けることができなかった理由	(1) 急病等により被保険者証を携帯していなかったため 2 被保険者証の交付前であったため 3 治療用装具 4 生血 5 柔道整復 6 海外渡航中であったため 7 その他 （ ）	傷病の原因	不詳
		傷病の経過	良好
		療養内容	投薬その他

療養に要した費用	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
				1	0	0	0	0

備考														

振込先	金融機関名及び店舗名	○ ○	(銀行) 信用金庫 信用組合 農業協同組合	○ ○	本店 (支店) 出張所	種別	(1) 普通	2 当座					
						口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人（カナ）												

第三者行為の有無	有 (無)

上記のとおり，療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

組合員住所

（フリガナ）
組合員氏名

連絡先電話番号

承認伺	この申請書については下記のとおり決定してよろしいか。	承認	保険者決定額			円	支給決定日	年　月　日
			支給額				支給年月日	
			理事長	常務理事	事務局長	課長	係長	受付

国民健康保険療養費支給申請書

診療年月	年　月	有	原爆	障害	乳児	受付年月日　年　月　日
保険者名	広島県歯科医師国民健康保険組合		ひとり親	その他（　）		
		無				

保険者番号	343012	療養を受けた被保険者氏名		性別	男　女
被保険者証記号・番号		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	保険種別	一般被保険者 / 退職被保険者：本人 / 被扶養者

傷病名		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	診療実日数	日
発病負傷年月日	年　月　日				

本人家族入外	
01：本人入院	06：家族外来
02：本人外来	07：高齢者入院一般
03：未就学入院	08：高齢者外来一般
04：未就学外来	09：高齢者入院7割
05：家族入院	00：高齢者外来7割

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		給付割合	割
診療又は調剤に従事した医師，歯科医師又は薬剤師の氏名		医療機関コード	

療養の給付等を受けることができなかった理由	1 急病等により被保険者証を携帯していなかったため 2 被保険者証の交付前であったため 3 治療用装具 4 生血 5 柔道整復 6 海外渡航中であったため 7 その他（　）	傷病の原因	
		傷病の経過	
		療養内容	

療養に要した費用	千万　百万　十万　万　千　百　十　円	
備考		

振込先	金融機関名及び店舗名	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 農業協同組合　本店 / 支店 / 出張所	種別	1　普通	2　当座
			口座番号		
	口座名義人（カナ）				

第三者行為の有無	有　無

上記のとおり，療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。

年　月　日

組合員住所

（フリガナ）

組合員氏名　　連絡先電話番号