

国民健康保険療養費支給申請書（ 年 月診療分）

[ 内訳 ] 医科 歯科 調剤 治療用装具 柔道整備 海外療養費（医科・歯科） その他（ ）  
障 乳 子 青 親

区 分	一般 退職本人 退職家族
記号番号	20
傷病名	療養を受けた人の氏名 (フリガナ)
	生年月日 年 月 日
発病・負傷日 年 月 日	療養を受けた人の個人番号
交通事故・傷害・労災による受診の場合はチェックしてください。 交通事故 第三者による傷害 労災	
医療機関所在地	
医療機関名称	医師名
療養費の支給を申請した理由	被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担した。 前期高齢者だが高齢受給者証を持たずに医療機関で受診し医療費の3割を自己負担した。 補装具製作で保険契約がなかった。 以前加入していた保険の被保険者証を使用した。 海外の医療機関で受診した。(滞在年月日 / / ~ / / ) 訪問の目的 訪問した場所 支払通貨 その他( )
添付書類	診療報酬明細書 調剤報酬明細書 医師の診断書(意見書) 領収書・内訳書 海外療養費診療内容明細書・領収明細書および翻訳文 渡航した事実が確認できる書類の写し(パスポート等) 調査に関する同意書 その他( )
世帯主の振込口座	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は不要です) マイナンバーカード(両面)の写しを同封してください。
	振込口座を指定する(以下の口座情報をご記入ください)
	振込口座記入欄への記入とチェックが重複していた場合、振込口座記入欄に記入された口座に入金します。
	銀行・信用金庫 支店 信用組合・農協 店 出張所
	銀行コード 支店コード 口座名義(カタカナで) 口座番号 預金種別 普通
上記のとおり国民健康保険療養費として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。 なお、支給決定後、下記の支給決定金額を請求しますので、世帯主口座にお振り込みください。 年 月 日 住所 世帯主 氏名 世帯主個人番号 電話番号 ( ) 練馬区長殿	
資格取得年月日 年 月 日	受付者名
来庁者本人確認 主 他( )	マイナンバーカード 免許証 保険証 聴聞 他( )
審査決定点数 点	審査決定金額 円
自己負担金額 円	支給決定金額 円