国民健康保険療養費支給申請書

□医 科　□歯 科　□調 剤　□補 装 具
□海外療養費　□特別療養費

被保険者の記号番号	１９―　　―	療養を受けた被保険者の氏名		世帯主との続柄	
傷病名		生年月日	年　月　日	性別	男・女
発病負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		外来・入院
発病又は負傷原因		交通事故・傷害・労災でけがをしましたか？		はい・いいえ	
医療機関等名称					
医療機関等所在地 ※海外療養費の場合は国名					

療養費の支給申請をした理由	ア	緊急で国民健康保険の資格確認ができずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担したため。
	イ	以前加入していた健康保険を使用したため。
	ウ	補装具代金のため。
	エ	海外の医療機関で受診したため。(渡航先の国名：　　支払通貨単位：　　) (滞在期間　／　／　～　／　／　)
	オ	資格確認書（特別療養）等で医療機関を受診した際の医療費の７割（８割）分を保険料に充当するため。
	カ	その他　(　　)

世帯主の振込口座	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	預金種別	
	金融機関コード		支店コード	1	普通
				2	当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人氏名		

上記のとおり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、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。

令和　　年　　月　　日

（世帯主）　住　所

氏　名

電　話

（宛先）東京都板橋区長

事務処理欄

保険者番号	点数	点	診療年月	年　月　日						
138198	費用額	円	診療日数	日						
補装具・未審査・審査済	一部負担額	円	資格取得年月日	年　月　日						
7割・未就学8割 高齢7割・高齢8割	食事標準負担額	円	公費	なし	乳	子	青	親	障	
	支給決定金額	円								
	合計件数・金額	件　円	一般・高齢	入院・外来						
受付印	添付書類	□ 診療報酬明細書　□ 調剤報酬明細書　□ 公費申請書 □ 医師の診断書(意見書)　補装具作成履歴　□ なし　□ あり　(　年　月　日) □ 領収書　□ その他　(　　)								
担当者名	備考									