

国民健康保険療養費支給申請書		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 特別療養費						
被保険者証の記号番号	19— —	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日				世帯主との続柄		
傷病名			年 月 日					
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 だけがをしましたか？	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割を自己負担したため。 イ・以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 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：) (滞在期間 / / ~ / /) オ・資格証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()							
療養に要した費用	() 海外療養費の場合、カッコに通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル・中国元)							
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	
	口座番号			フリガナ			2 当座	
				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。 年 月 日 世帯主 住所 板橋区 氏名 電話 () (宛先) 東京都板橋区長殿								

事務処理欄

宛名番号	点数	点	診療年月	年	月
	費用額	円	診療日数	日	
受付印	一部負担額	円	資格取得年月日	年	月 日
	支給決定金額	円	公費	なし	乳 子 青 親 障
	合計件数・金額	件 円			
	種別	一般・高齢	入院・外来	給付割合	7割・未就学8割・高齢7割・高齢8割
担当者名	添付書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 <input type="checkbox"/> パスポート(写) <原本確認済> <input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 公費申請書 <input type="checkbox"/> 海外療養費診療内容明細書・領収明細書及び翻訳文・照会に関する同意書 <input type="checkbox"/> その他()			