

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 - 12 - 3456			療養を受けた 被保険者の 氏名	国保 花子		世帯主 との 続柄	妻
傷病名				生年月日	昭和28年 3月 4日		性別	男・ ☒ 女
発病負傷 年月日				令和6年 5月 1日 (この件の初診日)	療養期間	令和6年 5月 1日から 令和6年 6月 9日まで 10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	●●病院・●●整形外科 など (2件以上あるときは書かなくてもよい)							
医療機関等所在地 ※海外療養費の場合は国名	板橋区板橋5-6-7 板橋ビル1階 (2件以上あるときは書かなくてもよい)							
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	国保 ☒ 銀行 信用金庫 信用組合				板橋 ☒ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所			
	金融機関コード				支店コード			
	0 0 0 0				9 9 9			
	口座番号				口座名義人氏名			
0 1 2 3 4 5 6				フリガナ				
				コクホ タロウ				
				国保 太郎				
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 6 年 7 月 1 日 (世帯主) 住 所 板橋区 板橋2-66-1 板橋マンション201 氏 名 国保 太郎 電 話 090 (××××) ●●●● (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							
受付印	合計件数・金額	件	円	一般・高齢	入院・外来				
	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						