

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			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	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: 支払通貨単位:) (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 ()									
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。										
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

宛名番号	点数	点	診療年月	年	月	日			
	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	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 <input type="checkbox"/> 公費申請書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) 補装具作成履歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 ()							
		担当者名	備考						