

費用額	円
本人負担額	円
支給額	円

振込予定月
月中旬

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者証の記号番号	36-	療養を受けた被保険者氏名・生年月日	S・H・R 年 月 日			世帯主との続柄			
個人番号			一般・退職被保険者等の別	一般退職本人	70歳以上	割負担			
傷病名									
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間				
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地									
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名									
発病の原因	傷病名の経過		療養の内容						
療養の給付、入院時食事療養費の支給又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	①治療用装具を作製したため。 ②10割負担をしたため。 ③他保険の被保険者証を使用したため。 ④海外で治療したため。 ⑤その他 ()			療養につき算定した費用の額		円			
備考									
<p>上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ふじみ野市長 宛て</p> <p>世帯主 個人番号 〒 住所 氏名 電話番号</p>									
振込先金融機関名			預金種別	預金口座の番号及び名義人					
金融機関コード	支店番号		普 ・ 当	番号					
銀行				フリガナ					
信用金庫 農業協同組合	支店			名義人					

受付者名

確認者名

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------

<添付書類>

①治療用装具を作成した場合

- ・装具を必要を認めた医師の証明書
- ・治療用装具に係る領収書

②10割負担した場合、③他保険の被保険者証を使用した場合

- ・診療報酬明細書(レセプト)
- ・領収書

④海外で治療した場合

- ・診療内訳明細書
- ・領収明細書
- ・領収書

- * 外国語で作成されたものは、日本語の翻訳文を添付。
- ・パスポート(渡航の事実が確認できるもの)