

様式15号(第14条関係)

記入しないでください。	費用額	円	振込予定月 月中旬
	本人負担額	円	
	支給額	円	

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- 999999	療養を受けた被保険者氏名	ふじみ野 華子		世帯主との続柄	妻
個人番号			(S)H・R 22年 12月 25日			
傷病名	〇〇〇〇〇〇症候群		一般・退職被保険者等の別	一般 退職本人退職扶養	70歳以上	2割負担
発病又は負傷年月日	医師による証明書の傷病名をご記入ください。 令和 1年 4月 15日		療養期間	年 月 日から		日間
			平成 年 月 日まで			
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	医療機関名		発病・負傷年月日、療養期間は申請する療養費（診療費・舗装具等）に関する年月日をそれぞれ記入してください。			
	医療機関所在地					
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	医師の名前					
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 ④海外で治療したため。 ⑤その他（		お支払いになった金額を記入してください。		〇,〇〇〇円	
備考	例) 旅行中に体調を崩し、急遽、診療を受けたため。					
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。			・診療費の申請をされる方は、国民健康保険被保険者証で医療機関にかかれなかった理由を記入してください。			
令和 1年 6月 1日	ふじみ野市長 あて		世帯主様 〒356-8501			
世帯主 個人番号		住所 ふじみ野市 福岡1-1-1				
氏名 ふじみ野 太郎		電話番号 049 (262) 9042				
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	番号	1234567		
〇〇〇〇	銀行	・	フリガナ	フジミノ タロウ		
〇〇〇〇	信用金庫	当	名義人	ふじみ野 太郎		
	〇〇〇 支店			農協		

受付者名

確認者名

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------

<添付書類>

- ① 治療用器具を作成した場合
 - ・器具を必要を認めた医師の証明書
 - ・治療用器具に係る領収書

- ② 10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。