

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 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				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	日間
						令和	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										
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
-------	-------

補装具(外来 ・ 入院)

<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)