

国民健康保険療養費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者名 奈良県歯科医師国民健康保険組合

保険者番号	2 9 3 0 1 9	療養を受けた者の氏名		男・女
被保険者証番号				
診療年月	年 月			

診療日数	日	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
------	---	------	----------	---	---	---

療養期間		区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 高齢者 8 割 <input type="checkbox"/> 高齢者 7 割
令和	年 月 日から				
令和	年 月 日まで				

種 類	海外療養費区分	1	第三者等の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
-----	---------	---	---------	---------------------------

1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・灸 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額

傷 病 名	
-------	--

医療機関コード	
---------	--

診療を受けた医療機関等の所在地	
-----------------	--

診療を受けた医療機関名又は施術師	
------------------	--

支給申請をした理由	
-----------	--

発病又は負傷の理由	
-----------	--

療養に要した費用額	円	食 事 回 数	回
-----------	---	---------	---

審査認定額※1	円	療養に要した費用額	円
---------	---	-----------	---

一 部 負 担 金	円	食事標準負担額	円
-----------	---	---------	---

支 給 金 額	円		
---------	---	--	--

振 込 先	銀 行	本 店 支 店 出 張 所	1. 普 通	口座番号	
			2. 当 座	口座名義人(フリガナ)	
			9. その他		

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。

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合理事長

第 種 組 合 員 住 所

氏 名

Ⓜ

連絡先

振込年月日	受付日付
-------	------

--	--

療養費支給申請について

申請については、下記の書類を揃えてご提出ください。

◎療養費支給申請書

- ・ 医科、歯科、調剤等複数の医療機関に受診された場合は、それぞれ申請書が必要となります。

◎添付書類

* 一般診療

- ・ 診療報酬明細書（レセプト）の写し（※未開封のもの）
- ・ 領収書

* 整骨・治療用装具（コルセット等）

- ・ 証明書・指示書等
- ・ 領収書

* あんま・はり・きゅう・マッサージ

- ・ 同意書
- ・ 領収明細書

* 連絡先 *

奈良県歯科医師国民健康保険組合
〒630-8002
奈良市二条町二丁目9番2号
奈良県歯科医師会館内
TEL 0742-33-0861