

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"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 高齢者 8 割 |
| 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | | <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 未就学 | <input type="checkbox"/> 高齢者 7 割 |

| | | | | |
|-----|---------|---|---------|---------------------------|
| 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 | 1. 普 通 | 口座番号 | |
| | | 支 店 | 2. 当 座 | 口座名義人(フリガナ) | |
| | | 出 張 所 | 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 |
|-------|------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 受付日 | | 年 月 日 | | 決定日 | | 意見書(装着証明書)の発行年月日をご記入ください。 | | 保険者名 | | 奈良県歯科医師国民健康保険組合 | |
| 保険者番号 | | 被保険者証番号 | | 療養を受けた者の氏名 | | 診療年月 | | 診療日数 | | 男・女 | |
| 診療年月 | | 年 月 | | 生年月日 | | 昭和・平成・令和 | | 年 月 日 | | | |
| 療養期間 | | 令和 年 月 日から | | 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 | | | |
| 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 | |
| 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 | | 申請項目に該当する箇所にチェック | | 医療機関コードが分からない場合は空欄で結構です。その他はすべてご記入ください。 | | ・勤務中に関する事柄が原因の場合は① ・交通事故等で申請される場合は② ・その他、単独事故・加齢に伴う原因については③ | | | | | |
| 療養に要した費用額 | | 円 | | 食 事 回 数 | | 回 | | 審査認定額※1 | | 円 | |
| 一部負担金 | | 円 | | 支給金額 | | 円 | | 実際に支払った金額(領収書の金額)をご記入ください。 | | 円 | |
| 振込先 | | 銀行 | | 本店 | | 1.普通 | | 口座番号 | | | |
| | | | | 支店 | | 2.当座 | | | | 口座名義人(フリガナ) | |
| | | | | 出張所 | | 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。 | |
| | | | | | | | | | | 振込みでの償還給付になりますので正確にご記入ください。(ふりがなも必ずご記入ください) | |
| | | | | | | | | | | 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

◎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