

国民健康保険療養費支給申請書記入例

国民健康保険療養費支給申請書

(第 1 回)

① 令和 1 年 5 月 1 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 231 - 0037

申請者
(組合員)

住所 神奈川県横浜市中区富士見町3-1
神奈川県総合医療会館4F

氏名 医師 太郎

電話番号 045 (231) 2685

次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いたします。

療養月 令和 年 月分

③

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

医療機関コード		保険種別	①. 国	1. 本入	3. 未入	5. 家入	7. 高入8	9. 高入7
※設定機関コード			4. 退	2. 本外	4. 未外	6. 家外	8. 高外8	0. 高外7
給付割合	7割 8割 9割 10割							
保険者番号	1 4 3 0 1 6	(療養を受けた) 被保険者氏名	医師 花子				組合員(家族)従業員	
第三者行為	1. 該当 2. 非該当	被保険者証 記号・番号	31 - 0 1 2 3 4 5 6 7					
性別	1. 男 2. 女	生年月日	3. 昭和 5. 令和	4. 平成	1 年 1 月 1 日			
療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他							
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤	実日数	日	食事日数	日			
療養に要した費用	123,456 円	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア					
一部負担金		発病又は負傷	令和 年 月 日					
食事に要した費用		傷病経過						
食事標準負担額 (薬剤負担金)		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
※査定金額								
支給金額		療養の給付を受ける ことができなかった理由	④ 装具は保険適用外の為					
病院、診療所等の 名称及び所在地	横浜市中区富士見町3 医師国保病院							

① 日付けは投函日を記入して下さい。

② 住所欄はご自宅の住所を記入して下さい。お振込が完了しましたら、決定通知書をお送りいたします。氏名欄は組合員のお名前を記入して下さい。印は認印で構いません。

③ 療養を受けられた方のマイナンバーを記入して下さい。

④ 一般診療の場合は、給付を受ける事の出来なかった理由を具体的に記入して下さい。装具を作られた場合は、「装具は保険適用外の為」と記入して下さい。

⑤ ご希望の振込先を記入して下さい。口座番号は左づめで記入して下さい。金融機関コードと支店コードも記入して下さい。(わかる範囲で構いません)

添付書類について

1. 装具の申請の場合
診断書と領収書
(明細の載ったもの)
を添付して下さい。
※靴型装具の場合、当該装具の
写真を添付して下さい。

1. 一般診療の申請の場合
診療報酬明細書(レセプト)と
領収書を添付して下さい。

申請について

太枠内を記入して下さい。
医科・歯科・調剤、各科毎
に、また各月毎に申請書が
必要になります。

ご申請頂いてから、お振込
までに国保連合会に審査を
依頼する関係で、2~3ヶ
月かかる場合がございます
のでご了承下さい。

振込先	⑤ 神奈川県医師 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 番号 (2304)	支店 本 出張所 番号 (001)	預金種目	①. 普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
			(フリガナ)	イシ タロウ		
			口座名義人	医師 太郎		

※欄は記入しないで下さい。

※ 処 理 欄	支 給 金 額		円					備 考				
	受 付	常務理事	事務局長	次長	主幹	主査	係	申 請 入 力	令和	年	月	日
								決 済 入 力	令和	年	月	日
								支 給 日 入 力	令和	年	月	日
								決 裁	令和	年	月	日

⑥ 療養費の支払い基準に基づき支給決定致しますので、必ずしも申請された額の給付分をお振込出来るとは限りません。
また、国民健康保険法第110条第1項に基づき、保険給付を受ける権利は、2年を経過したときは、時効となり消滅いたします。

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 -

申請者
(組合員)

住所

氏名 印

電話番号 ()

次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いたします。

療養月 令和 年 月分

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード					保険種別	①. 国	1. 本入	3. 未入	5. 家入	7. 高入8	9. 高入7
※設定機関コード						4. 退	2. 本外	4. 未外	6. 家外	8. 高外8	0. 高外7
給付割合	7割	8割	9割	10割							
保険者番号	1 4 3 0 1 6				(療養を受けた) 被保険者氏名						組合員・家族・従業員
第三者行為	1. 該当 2. 非該当				被保険者証 記号・番号	31 -					
性別	1. 男 2. 女				生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和		年 月 日			
療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他										
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤				実日数	日		食事日数		日	
療養に要した費用	円				傷病名						
一部負担金					発病又は負傷	令和 年 月 日					
食事に要した費用					傷病経過						
食事標準負担額 (薬剤負担金)					療養期間	令和 年 月 日から					
※査定金額						令和 年 月 日まで					
支給金額					療養の給付を受けることのできなかつた理由						
病院、診療所等の 名称及び所在地											

振込先	銀行	支店 本店 出張所	預金種目 (フリガナ)	1. 普通	口座番号										
	信用金庫			2. 当座											
	信用組合			3. その他()											
	農業協同組合														
	番号()	番号()	口座名義人												

※欄は記入しないで下さい。

※処理欄	支給金額	円						備考						
	受付	常務理事	事務長	次長	主幹	主査	係	申請入力	令和 年 月 日					
								決済入力	令和 年 月 日					
								支給日入力	令和 年 月 日					
								決裁	令和 年 月 日 起案	令和 年 月 日 決裁	令和 年 月 日 完結			