

療養費支給申請書

保険者番号 1:3 3:1 3:2

申請種類 1. 一般 2. コルセット 3. 接骨 4. マッサージ 5. はり・きゅう 10. 海外療養費 90. その他



記号番号 78 - 公費負担者番号 受給者番号

給付割合 7割・8割・9割 資格区分 一般・前期高齢者・6歳就学前 診療区分 入院・入院外

療養を受けた者の氏名 性別 男・女 生年月日 S・H 年 月 日 個人番号

発病・負傷の原因 ※詳細を裏面に記入してください。

交通事故・けんか等 第三者行為によるものですか はい・いいえ 業務上または通勤途上によるものですか はい・いいえ

療養を受けた期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 までの 日間

傷病名 発病・負傷の年月日 平成 年 月 日

療養を受けた保険医療機関等 所在地 電話

名称 医師名 施術師名

保険診療を受けられなかった理由 ※詳細を裏面に記入してください。 保険医療機関等で支払った額 円

上記のとおり療養に要した費用に証拠書類を添え、「個人情報(含、特定個人情報)の取扱いについて」を確認し同意のうえ、申請します。 平成 年 月 日 〒 住所 電話番号 () 組合員氏名 東京食品販売国民健康保険組合 殿 個人番号

1. 2. 3. 4. 5. 第三者行為による傷病については、請求前に返還金徴収課にご連絡ください。 発症・負傷の原因及び傷病名については、外傷を起因とする場合は、『負傷原因確認票』を添付してください。 公費による医療助成を受けている方は、公費負担者番号・受給者番号を確認できる医療証等を提示してください。 振込先の口座番号・名義人は、組合員個人の名義に限りません。 太線枠内の各項目を記入してください。

振込先口座情報 金融機関名 銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・支店 銀行コード 支店コード 預金種目 1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄 フリガナ 口座番号 名義人

本部 処 理 欄	療養費		食事(生活)療養費		食事(生活)標準負担日額	
	申請額	円	回数	金額	円(低所・低所Ⅰ・低所Ⅱ)	
申請額	円	申請内訳	回	円	支給決定額算定内訳	
審査決定額	円	審査決定内訳	回	円		
薬剤一部負担金	円	食事標準負担額	回	円		
一部負担金	円	食事療養費支給額 ⁽¹⁾		円		
療養費支給額 ⁽²⁾	円	総支給額 ⁽¹⁾⁺⁽²⁾		円		
支給決定年月日		振込年月日			受付番号	

入力確認

決済欄 所長 課長 確認

扱者



