

収受印

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

R8. 10. 1

(提出先) 平 塚 市 長

申 請 者  
(世帯主)

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。

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

|                    |                                                           |       |       |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|-------|-------|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 療養月                | 年                                                         | 月     | 分     |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |
| 給付割合               | 7割                                                        | 8割    | 9割    | 10割           | 保険種別                             |                                                                  |                |                |                |                 |
|                    |                                                           |       |       |               | 1. 国<br>4. 退                     | 1. 本入<br>2. 本外                                                   | 3. 六入<br>4. 六外 | 5. 家入<br>6. 家外 | 7. 高入<br>8. 高外 | 9. 高入<br>10. 高外 |
| (療養を受けた)<br>被保険者氏名 |                                                           |       |       |               | 個人番号                             |                                                                  |                |                |                |                 |
| 保険者番号              | 1 4 0 0 4 6                                               |       |       |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |
| 生年月日               | 年                                                         | 月     | 日     | 被保険者<br>記号・番号 | 0 4 - (枝番)                       |                                                                  |                |                |                |                 |
| 公費負担者番号            |                                                           |       |       |               | 受給者番号                            |                                                                  |                |                |                |                 |
| 療 養 種 別            | 01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 06. 移送 07. その他( ) |       |       |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |
| 傷病の原因              | 01. 疾病等(病気等) 02. 第三者行為(交通事故・けんか等) 3. 労災事故(業務中の事由)         |       |       |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |
| 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(点)                                                      |       |       |               | 傷 病 名                            | 別紙のとおり・( )                                                       |                |                |                |                 |
| 一 部 負 担 金          |                                                           |       |       |               | 療 養 期 間                          | 年 月 日から                                                          |                |                |                |                 |
| 食事に要した費用           |                                                           |       |       |               |                                  | 年 月 日まで                                                          |                |                |                |                 |
| 食事標準負担額<br>(薬剤負担金) |                                                           |       |       |               | 病院、診療所<br>等の名称及び<br>所在地          | (名称)                                                             |                |                |                |                 |
| ※査定金額              |                                                           |       |       |               |                                  | (所在地)                                                            |                |                |                |                 |
| 支給金額(国保分)          | 円                                                         |       |       |               | 療養の給付を<br>受けることの<br>できなかった<br>理由 | 1 社保不当 2 国保手続き中(受診時に無保険)<br>3 海外での療養 4 装具業者が保険契約無きため<br>5 その他( ) |                |                |                |                 |
| 支給金額(公費分)          | 円                                                         |       |       |               |                                  |                                                                  |                |                |                |                 |

|       |        |     |           |        |        |          |  |  |  |  |
|-------|--------|-----|-----------|--------|--------|----------|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 銀行     | 店番号 |           | 預金種目   | 1. 普 通 | 口座<br>番号 |  |  |  |  |
|       | 信用金庫   |     |           |        | 2. 当 座 |          |  |  |  |  |
|       | 信用組合   |     | 本店        | (フリガナ) | 3. 貯 蓄 |          |  |  |  |  |
|       | 農業協同組合 |     | 支店<br>出張所 | 口座名義人  |        |          |  |  |  |  |

|       |                                                         |           |
|-------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 委 任 状 | 上記療養費の受領に関する一切に権限を委任します。(別世帯の方の口座にお振込みを希望されるときにご記入ください) |           |
|       | 受任者 (口座名義人)                                             | 委任者 (申請者) |
|       | 住所                                                      |           |
|       | 氏名                                                      | 氏名        |

|       |    |    |          |
|-------|----|----|----------|
| 受付    | 入力 | 審査 | 備 考      |
| □ 郵 送 |    |    |          |
|       |    |    | 口座確認 済 未 |

## 療養費の支給申請に必要なもの

- ① 顔写真付きの公的機関が発行した本人確認書類
- ② 各種医療証（お持ちの方）
- ③ 振込口座のわかる通帳又はキャッシュカード
- ④ 世帯主及び療養を受けた方の個人番号確認書類  
（個人番号カードまたは通知カード等）
- ⑤ 領収書（治療用装具の場合は義肢装具士の氏名の書かれた内訳書も添付）

※ 領収書の原本は確認後、ご返却いたします。

※ 郵送申請の場合は、①と③のコピーを同封してください。

※ 各種医療証をお持ちの方は、申請について各担当課にもご連絡ください。

※ 別世帯の方が申請する場合は、委任状をお持ちください。

### 一般診療の場合

診療／調剤報酬明細書（レセプト）等の写し

- ☐ 医療機関・調剤薬局等から発行されるもの（10割診療）
- ☐ 資格喪失している保険組合等で受診した場合、  
以前加入していた保険組合等より交付されるもの

### 治療用装具を作成した場合

- ☐ 作成証明書または診断書  
（患者氏名、生年月日、傷病名、病院名、病院所在地、  
医師の氏名、装具が必要と認めた年月日、治療用装具の名称、  
医師が装着を確認した年月日の書かれたもの）
- ☐ 装具の写真（靴型装具の場合のみ必要）

※ご不明点等ございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

問い合わせ先

保険年金課 資格給付担当（113番窓口） 電話：0463-21-8776  
送付先

〒254-8686 平塚市役所保険年金課（国民健康保険療養費申請）行き