

申請に必要なもの

- 補装具の方は・・・ 診断書（原本）、領収書（原本）
- 資格喪失後の医療費の方は・・・ 診療報酬明細書（レセプト）、領収書（原本）
- 保険証、印鑑、マイナンバーのわかるもの、振込先のわかるもの

※ 支給申請書の受付後に審査機関で審査をするため、振込は2ヶ月～3ヶ月後になります。

国民健康保険療養費支給申請書

（ 一般・歯科・薬剤・マッサージ
生血・補装具・はり・きゅう ）

（世帯主） 申請者	住所氏名	長野県上伊那郡南箕輪村 12345 番地 52												
		（連絡先）電話 0265 - 72 - 2104 世帯主氏名 南箕輪 太郎 印												
申請者の 個人番号		2	0	4	9	7	2	2	1	0	6	1	2	
被保険者の 記号・番号	記号 07	番号 600001						療養を受けた 被保険者氏名		南箕輪 花子				
世帯番号	受診者宛名 番号													
療養を受けた人の 個人番号	2	0	8	6	5	7	4	5	0	0	0	2		
傷病名	右膝関節症							生年月日		昭和 30 年 3 月 3 日 平成				
発病負傷 年月日	平成	○	年	○	月	○	日	性別		男・女				
療養期間 （調剤・施術）	平成	○	年	○	月	○	日	から		月	日	まで	日間	
診療薬剤の支給又は手当を受け た病院・診療所・薬局其の他の 者の名称及び所在地		病院・薬局等の名称： 八幡整形外科医院												
		病院・薬局等の所在地： 上伊那郡南箕輪村 1 1 1 番地												
療養費の支給申請をした理由 <被保険者証で治療等が受けら れなかった具体的な理由>		・ 補装具 ・ 資格喪失後の医療費 ・ その他（ ）						診療調剤又は手当に従事した 医師、歯科医師、薬剤師その 他の者の氏名						
								八幡 宮男						
発病又は負傷の原因								療養に要した費用						
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。 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 下記口座にお振り込み下さい。								百万	十万	万	千	百	十	円
										2	5	0	0	0
振込先	フリガナ	ミ	ナ	ミ	ミ	ノ	ウ	ハ	ナ	コ				
	口座名義人	南箕輪 花子												
	銀行コード							支店コード						
	金融機関	上伊那農業						銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	南箕輪 支所					
	（右詰前0） 口座番号	0	0	1	2	3	4	5	口座 種別	1	1・2 普通・当座			
世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。														
上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 南箕輪 太郎 印														