

# 国民健康保険療養費支給申請書

下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いたします。

(あて先 昭島市長)

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所 昭島市 \_\_\_\_\_

氏名(世帯主) \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_



振込依頼先(世帯主名義のもの)

※委任状により世帯主以外の方を指定することも可能です。

金融機関コード・金融機関名				支店コード・支店名			
				銀行 農協 信金 信組			支店 本店
口座番号 右詰め					預金種目	普通	当座
口座名義人 カタカナ 左詰め							

## 記入欄1

被保険者証 記号番号	30 — —	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
氏名(受療者)	※ この欄は、診察・治療を受けた方の名前を記入してください。					

## 記入欄2

種別	医科	調剤	補装具	歯科	海外	海外(歯科)	生血	←該当に○
療養期間	年 月 日 ~				年	月	日	療養日数 日間
費用額	円				保険者負担額 8割 (記入不要です) 円 未就学			
申請理由	補装具の購入 保険証不提示 他保険請求分 ※その他、追記は下欄へ							
その他・追記								
病院等名称								
医師等氏名								
傷病名					発病負傷年月日	年	月	日
発病または負傷の原因								
区分	一般 退職	マイナンバー						
その他・備考						第三者行為によるものであれば○→	○	
↓↓↓↓↓ 海外のみ記入する欄 ↓↓↓↓↓								
治療を受けた国				通貨単位			渡航理由	

- ・保険者から指示のあった場合を除き、所要事項はすべて記入し、訂正の際は訂正印をご使用ください。
- ・補装具購入、生血購入、法定伝染病については「申請理由」の記入は不要です。
- ・医療機関に医療費を支払ってから2年以上経過したものは時効となり、支給ができません。
- ・第三者行為にかかる傷病の場合は手続き方法が異なる場合があります。別途担当者まで問合せください。