

療養費支給申請書

保険証の記号番号を記入してください。 3 2

申請種類 コルセット 3. 接骨 4. 療

診療を受けた方について記入ください。個人番号の記入もお願いします。

発病または原因を具体的に記入してください。負傷原因が第三者等の行為に起因する場合は裏面の「負傷原因確認欄」の記入が必要です。

記号番号 78 -

公費負担者番号

受給者番号

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

第三者行為ならびに業務上によるものか該当するものに○をして下さい。

性別 男・女 生年月日 S・H・R 年 月

※詳細を裏面に記入してください。

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 R 年 月 日から R 年 月 日までの

傷病名

発病・負傷の年月日 R 年 月

所在地 名称 医師名 施術師名

※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

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」を確認します。

治療または施術を受けた医療機関の名称、所在地および医師名などを記入してください。

和 円 住所 電話 ()

氏名 個人番号

東京食品販売国民健康保険組合 殿

銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・支店

支店コード 預金種目 1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄

口座番号

| 療養費 | 食事(生活)療養費 | | 回数 | 金額 |
|-----|-------------------------|-------|-------------------------|----|
| | 申請内訳 | 金額 | | |
| 円 | 申請内訳 | 円 | 回 | 円 |
| 円 | 審査決定内訳 | 円 | 回 | 円 |
| 円 | 食事標準負担額 | 円 | 回 | 円 |
| 円 | 食事療養費支給額 ⁽¹⁾ | 円 | | 円 |
| 円 | 療養費支給額 ⁽²⁾ | 円 | 総支給額 ⁽¹⁾⁺⁽²⁾ | 円 |
| 円 | 支給決定年月日 | 振込年月日 | | |

組合員名義の預金口座について記入してください。

入力確認

決裁欄 所長 課長 確認 扱

※注意 この「療養費支給申請書」は、治療または施術を受けた月単位で作成して申請手続きをしてください。治療費または施術料の領収書および診療明細書、施術明細書は、月単位で作成されているものがが必要です。

