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。

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。

保険 … 3 2

申請種類	1. 一般　2. コルセット　3. 接骨　4. … 療養

記号番号		公費負担者番号	
78 －	－	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

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○をしてください。

		性別	男・女	生年月日	S・H　年　月
	※詳細を裏面に記入してください。				
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	はい・いいえ		

療養（診療）を受けた期間を月ごとに区切って記入してください。

2カ月以上にまたがるときは、その月数の申請用紙が必要になります。

※注意（参照下段）

療養を受けた期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 までの　日		
傷病名		発病・負傷の年月日	平成　年　月

医師等から診断された傷病名および発病した月日を記入してください。

所在地	電　話		
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	

立て替えて支払った金額を記入してください。また、領収書の原本及び診療明細書・施術明細書の添付が必要です。

※注意（参照下段）

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」を確認しました。

成　年

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。

保険診療を受けられなかった理由の具体的内容を裏面に記入してください。

〒　　電話　（　）

住　所

合員

氏　名　　㊞

個人番号

東京食品販売国民健康保険組合　殿

組合員の住所、氏名を記入の上、捺印してください。個人番号も記入ください。電話番号は、記載内容の照会、確認に必要です。記入されないと支給決定が遅れる場合があります。

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	

組合員名義の預金口座について記入してください。

療養費		食事（生活）療養費			食事（生活）標準負担日額
			回数	金額	・低所Ⅱ）
円		申請内訳	回	円	
円		審査決定内訳	回	円	
処理欄	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)	
	支給決定年月日		振込年月日		

入力	確認

決済欄	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必要です。

「療養費支給申請書」の裏面

記号番号											
78											

「保険診療を受けられなかった理由」と「発病・負傷の原因」についてできるだけ詳しく記入してください。

理　由　書

◎「保険診療を受けられなかった理由」及び「発病・負傷の原因」について、出来るだけ詳しく下記の欄に記入してください。