

# 療養費支給申請書

保険者番号 1 3 3 1 3 2

申請種類 1. 一般 2. コルセット 3. 接骨 4. マッサージ 5. はり・きゅう 10. 海外療養費 90. その他



記号番号 78 - 公費負担者番号 受給者番号

給付割合 7割・8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

療養を受けた者の氏名 性別 男・女 生年月日 S・H・R 年 月 日 個人番号

発病・負傷の原因 ※詳細を裏面に記入してください。

交通事故・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か はい・いいえ

療養を受けた期間 H・R 年 月 日から H・R 年 月 日までの 日間

傷病名 発病・負傷の年月日 H・R 年 月 日

療養を受けた保険医療機関等 所在地 名称 電話 医師名 施術師名

保険診療を受けられなかった理由 ※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 円

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」を確認し同意のうえ、申請します。 令和 年 月 日 住所 電話番号 ( ) 氏名 個人番号 東京食品販売国民健康保険組合 殿

5. 第三者行為による傷病については、申請手続き前に審査課宛にご連絡ください。  
4. 発症・負傷の原因及び傷病名については、外傷を起因とする場合は、『負傷原因確認票』を添付してください。  
3. 公費による医療助成を受けている方は、公費負担者番号・受給者番号を確認できる医療証等を提示してください。  
2. 振込先の口座番号・名義人は、組合員本人の個人名義に限りません。  
1. 太線枠内の各項目を記入してください。

振込先口座情報 金融機関名 銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・支店 銀行コード 支店コード 預金種目 1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄 フリガナ 口座番号 名義人

本部 処理 欄	療養費	食事(生活)療養費		食事(生活)標準負担日額	
		回数	金額	円(低所・低所I・低所II)	
申請額	円	申請内訳	回	円	支給決定額算定内訳
審査決定額	円	審査決定内訳	回	円	
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 <sup>(2)</sup>	円	総支給額	(1)+(2)	円	
支給決定年月日		振込年月日		受付番号	

入力確認

決裁欄 所長 課長 確認

扱者



