

記入例(立替払)

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第45号

12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください。

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 個人番号	記号 05	番号 0031001	(フリガナ) 療養を受けた被保険者氏名	コクホ タロウ 国保 太郎	組合員との続柄 子
傷病名	急性胃腸炎		生年月日	昭和 平成 50年 4月 10日生	
療養期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間	発病又は 負傷年月日	令和 2年 4月 1日	
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地 国保整形外科				
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は調剤師の氏名	保健 次郎				
療養の給付を受けることが出来なかった理由	医師国保に加入して間もなく、被保険者証が届いてなかった				
発病の原因	急に腹痛をおぼえ、近くの病院で治療をうける				
第三者行為によるものですか、 どちらか〇を囲んでください	はい	いいえ	はいの場合は「第三者行為による被害届」を提出して頂きます。		
傷病の経過	完治				
療養内容	投薬				
療養に要した費用額					
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添て申請します。 令和 2年 5月 1日 組合員 住所 〒999-9999 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 国保 学 組合員個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿					

交通事故など、第三者行為の場合は、「第三者行為による被害者届」等の提出が必要です。お申し出下さい。

診療した医療機関での、費用額をご記入ください。

12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください。

国保印

* 下記書類を添えてご提出ください。

- (1) 診療内容明細書
- (2) 領収書
- (3) 証明書(コルセット装着・マッサージ等の場合)
- (4) 受診者のパスポートの写し(本人が確認できるページ及び渡航期間の確認できるページ)

添付する書類について

立替払いの場合	○診療内容証明書(傷病名、診療内容の明細が記入されたもの レセプト) ○領収書
治療用装具の場合	○領収書 ○証明書
弾性着衣等の場合	◆医師の意見および装具装着証明書 ◆弾性着衣等装着指示書
小児弱視等の治療用眼鏡等	△眼鏡等作成指示書 △検査書