

# 記入例(装具)

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第45号

## 国民健康保険療養費支給申請書

保険者証 記号 05	番号 0031001	(フリガナ) 療養を受けた 被保険者氏名 国保 花子	コクホ	ハナコ	組合員との 続柄 妻	
			昭 平成・令和 50 年 4 月 10 日生			
個人番号 1 2 3 4 5 6 1 8 9 0 1 1	傷病名 証明書に記入されている傷病名		生年月日	昭和 平成・令和 50 年 4 月 10 日生		
療養期間 H・R 年 月 日から 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		原因が分からない場合は、不明と 医師 学				
療養の給付を受けることが出来なかった理由		治療装具を、作成した為				
発病の原因		買い物に出かけ、帰宅途中で転倒し怪我をした。				
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	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		通院加療中				
療養内容		コルセット装着				
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 4 月 15 日						
組合員 住所 〒 999-9999 〇〇市〇〇町〇〇番地		国保 印				
氏名 国保 太郎						
組合員 個人番号						
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿						

12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください

証明書の日付をご記入下さい。いつまでか、分かる場合は、記入して下さい。

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届」等の提出が必要です。お申し出下さい。

原因が分からない場合は、不明と

装具製作会社に、支払った金額を記入して下さい。

12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください。

\* 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