

見本

見本のとおりご記入し、2ヶ所にご捺印の上、  
「請求書」「領収書」「診療報酬明細書」  
を添付し、ご提出ください。

治療を受けた方の生年月日・  
氏名をご記入ください。

(注意)

国民健康保険療養費支給申請書

生血・補装

6543 21

記入し、所  
一法定伝染  
一一般歯科  
一発病又は負  
一第三者行為  
記載事項を

被保険者証  
の記号番号  
記号01-00  
第0000号

療養を受けた  
被保険者氏名  
昭和00年0月0日生

氏名 千代田 花子

個人番号  
123456789012

保険証に記載がある記号「01-00」と  
番号「0000」をご記入ください。

補装具のうち、該当するものを○印で囲んでください。  
購入し、渡れないようにして下さい。  
「補装具類」の各費用の請求を除くほか、被保険者証で治療等を受けることができなかつた理由は詳しく具体的に  
病状を詳しく具体的に記入してください。  
「第三者行為による傷病届」を添付してください。  
傷病の場合は、必ず訂正印を押してください。

発病負傷  
年月日  
年 月 日

治療を受けた方の個人番号(12ケタの  
マイナンバー)をご記入ください。

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

診療調剤又は手当に従事した  
医師、歯科医師、薬剤師その  
他の者の氏名

療養費の支給申請をした理由

被保険者証で治療等が  
受けられなかつた具体  
的な理由

補装具製作所の保険契約がないため

発病又は  
負傷の原因

療養に要した費用

申請書に記入する年月日・世帯主様の住所・氏名・個人番号  
(12ケタのマイナンバー)・電話番号をご記入し、認印を  
2ヶ所にご捺印ください。  
(スタンプ式印鑑ではお支払いできません。)

万 千 百 十 円

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠を添えて申請します。

令和元 年 0 月 0 日

世帯主 住 所 千代田区 九段南1-2-1

氏 名 千代田 太郎

個人番号 0123 4567 8901

電話番号 03-3264-0000

千代田区長 殿

印

印

世帯主  
その他  
結  
精