

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

記載事項を  
第三者が  
発病又は  
一般歯科  
一入して  
「法定伝  
所事項は

被保険者証  
の記号番号

記号01-  
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

1234 5678 9012

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。  
傷病の場合は、必ず訂正印を押してください。  
「傷病届」を添付してください。

被保険者が記入するところ

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  
医師、歯科医師、  
他の者の氏名

申請を行う理由をご記入ください。  
(例:他の保険証を加入期間外に利用したため等)

療養費の支給申請をした理由

例:保険証と持参しないで診療を受けたため

被保険者証で治療等が  
受けられなかった具体  
的な理由

発病又は  
負傷の原因

療養に要した費用

万 千 百 十 円

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。)

備考

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