

見本

第10号様式（ア）（第10条関係）

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

歯科
補装
治療を受けた方の生年月日・氏名をご記入ください。

6 5 4 3 2 1

（注）
所定事項は、漏れなく記入してください。
「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除くほか、資格確認書等で治療等を受けることができなかった理由は詳しく記載事項を訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
「第三者行為による傷病届」を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号	記号 0 1 - 第 号	療養を受けた 被保険者氏名	年 月 日生 氏名	その他	
	被保険者の方の記号「01-〇〇」と番号 「〇〇〇〇」をご記入ください。		人 番 号	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。	結 精	
	発 病 負 傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期	日 間	まで	
	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		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）			
	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		例：資格確認書等を持参しないで診療を 受けたため			
	療養費の支給申請をした理由 資格確認書等で治療 等が受けられなかつ た具体的な理由					
	発 病 又 は 負傷の原因		療養に要した費用 拾万 万 千 百 十 円			
	備 考	世帯主様の住所・氏名・個人番号（12 ケタのマイ ナンバー）・電話番号をご記入ください。				
	上記のとおり療養に要する費用を請求します。					
	令和〇 年 〇月 〇日 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 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 千代田区長 殿					