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）

６５４３　２１

記載事項を

所要事項は

「法定伝染

記入してくだ

一般、歯科

発病又は負

第三者行為

記入し洩れのないようにして下さい。

血購入」「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った理由は詳しく具体的に

補装具のうち、該当するものを○印で囲んでください。

を詳しく具体的に記入してください。

傷病の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。

場合は、必ず訂正印を押してください。

国民健康保険療養費支給申請書

（生　血　・　補装　）

世帯主

その他

結

精

被保険者証の記号番号	記号０１－○○ 第○○○○号	療養を受けた被保険者氏名	昭和○○年　○月　○日生 氏名　千代田　花子
		個人番号	1234 5678 9012
			年　　日から　で
発病負傷年月日	年　月　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			
診療調剤又は手当 医師、歯科医師、 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）	例：保険証と持参しないで診療を受けたため		
発病又は負傷の原因		療養に要した費用	万　千　百　十　円
備考			

保険証に記載がある記号「０１－○○」と番号「○○○○」をご記入ください。

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。

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）

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。）

被保険者が記入するところ

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書　添えて申請します。

令和元　年　○月　○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-○○○○

千代田区長　殿

印

印