

赤文字は必ず記入

記入見本

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 3 1 4 0	診療を受けた	被保険者名	東京 太郎				
記号・番号	79-100-123456	性別	生年月日	昭平	57年	4月	3日	
公費負担者番号		1.男	2.女	入院	1.入院	2.外来		
公費受給者番号		給付割合	7割	8割	9割	日数	3日	
資格区分	事業主 従業員 家族	療養期間	平成令和	30年	10月	2日	から	
診療年月	平成令和	30年	10月	診療	平成令和	30年	10月15日まで	
種類	1.一般診療(海外療養含む) 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.針灸 6.移送費 7.その他(生血)							
傷病名	感染性腸炎・感染性鼻炎							
診療を受けた医療機関等の所在地	新宿区西新宿2-2-2 東京美容ビル							
診療を受けた医療機関名又は施術師	東京美容病院・美容花子							
支給申請をした理由	保険証の申請中であり手元に無く、全額負担になってしまった為							
発病又は負傷理由	疲労によるウィルス感染							
療養に要した費用額		食事回数				回		
審査認定額※1		食事に要した費用						
薬剤一部負担金		食事標準負担額						
一部負担金		支給額						
振込先 (どちらか一方)	銀行名:コード	みずほ銀行	支店名:コード	新宿南口	支店			
	口座種別	普通	当座	口座番号	1	2	3	
	口座名義人	フリガナ	トウキョウ	タロウ	4	5	6	7
		漢字	東京	太郎				
	口座種別	普通・当座・貯蓄	記号	※	番号			
	口座名義人	フリガナ						
	漢字							

※記号に6桁目がある場合は記入してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

令和元年5月1日

申請者 住所 東京都新宿区西新宿2-2-1 新宿三井ビル36F

氏名 東京太郎

電話 (自宅) 03(5908)8201 (携帯) 090(1234)5678

申請者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

東京美容国民健康保険組合 殿

注意事項

1. 2. 3.

補装具・あんま・マッサージ・鍼灸等は、医師からの一般診療は診療報酬明細書も添付して下さい。

領収書(原本)を必ず添付して下さい。同意書又は証明書が必要となります。