

## 国民健康保険・療養費支給申請書

※療第 号

保険者番号	133207	療養を受けた者 性別	被保険者名						
記号・番号	85-		生年月日	3昭	4平	5令	年	月	日
公費負担者番号			※マイナンバー 個人番号(12桁)						
公費受給者番号			1. 男	2. 女	入 外	1. 入院	2. 外来		
資格区分	※一般	給付割合	7割	8割	日数	日			
診療年月	令和 年 月 診療	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
種類	1. 一般診療(海外療養費を含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血)								
傷病名							第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある・ない	
診療を受けた医療 機関等の所在地									
診療を受けた医療機関名									
支給申請をした理由									
発病又は負傷の理由									
療養に要した費用額				食事回数	回				
※審査認定額				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	銀行名・コード	銀行	支店名・コード	支店					
	口座種別	普通 当座 貯蓄	口座番号						
	口座名義人	フリガナ							
		漢字							
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 年 月 日									
〒 -									
住所									
申請者 氏名									
(組合員) 電話 - -									
東京都薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿									
※療養費支給決定 給決定伺	審査決定点数	点	一部負担金	円					
	療養の給付をした 場合に要した額	円	支給額	円					
摘要									

※ 決 裁		※ 処 理 欄		
常務理事	事務局長	検 印	被 保 険 者 台 帳 照 合	係 収 受
令和 年 月 日				

※支払日付印

※ 印欄には記入しないで下さい。

※ マイナンバー個人番号は、診療費及び装具のみ記載して下さい。

### 療養費支給申請書の記載方法について(診療費・補装具)

保険者番号	① 1 3 3 2 0 7	<small>療養を</small>	被保険者名	⑥	
記号・番号	② 8 5 -		生年月日	⑦ B 昭 4 平 5 令 年 月 日	
公費負担者番号	③	⑧	個人番号(12桁)	⑨	
公費受給者番号		性別	1. 男 2. 女	入外	1. 入院 ⑩ 2. 外来
資格区分	④ ※一般	給付割合	⑪ 7 割 8 割 9 割	日数	⑫ 日
診療年月	⑤ 令和 年 月 診療	療養期間	⑬	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
種類	⑭ 1. 一般診療(海外療養費を含む) 2. 補装具 3. 乗整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血)				
傷病名	⑮	第三者行為によって負傷したものであるか否か		ある・ない	
診療を受けた医療機関等の所在地	⑯				
診療を受けた医療機関名又は施術師	⑰				
支給申請をした理由	⑱				
発病又は負傷の理由	⑲				
療養に要した費用額	⑳	食事回数	㉔ 回		
※審査認定額	㉑	食事に要した費用	㉕		
薬剤一部負担金	㉒	食事標準負担額	㉖		
一部負担金	㉓	支給額	㉗		
振込先	銀行名・コード	㉘	銀行	支店名・コード	㉙
	口座種別	㉚	普通 当座 貯蓄	口座番号	㉛
	口座名義人	㉜	フリガナ	漢字	
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 年 月 日					
〒					
住所					
申請者 氏名					
(組合員) 電話 - -					
東京都薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿					

※印欄には記入しないで下さい。

項目	記載方法
① 保険者番号	
② 記号番号	被保険者の記号番号を記載して下さい。
③ 公費負担者・受給者番号	公費は償還払いとなります。記載しなくてもかまいません。
④ 資格区分	
⑤ 診療年月	診療を受けた年月を記載して下さい。
⑥ 被保険者名	療養を受けた人の名前を記載して下さい。
⑦ 生年月日	該当の年号に○をして年月日を記載して下さい。
⑧ 性別	該当の性別に○を記載して下さい。
⑨ マイナンバー個人番号(12桁)	1. 一般診療、2. 装具及び6. 移送費のみ記載してください。
⑩ 入外	該当に○をして下さい。(一般診療・補装具の場合記載して下さい)
⑪ 給付割合	該当する給付割合に○を記載して下さい。
⑫ 日数	療養にかかった日数を記載して下さい。(補装具以外)
⑬ 療養期間	
⑭ 種類	該当の種類に○を記載して下さい。
⑮ 傷病名	傷病名を記載して下さい。 第三者行為の有無について記載して下さい。
⑯ 診療を受けた医療機関等の所在地	診療を受けた医療機関等の所在地を記載して下さい。
⑰ 診療を受けた医療機関名又は施術師	診療を受けた医療機関名を記載して下さい。
⑱ 支給申請をした理由	支給申請をした理由を記載して下さい。
⑲ 発病又は負傷の理由	発病又は負傷の理由を記載して下さい。
⑳ 療養に要した費用額	療養に要した総額を記載して下さい。
㉑ 審査認定額※1	
㉒ 一部負担金	
㉓ 薬剤一部負担金	
㉔ 食事回数	
㉕ 食事に要した費用	
㉖ 食事標準負担額	
㉗ 支給額	
㉘ 銀行名・コード	銀行名・銀行コードを記載して下さい。
㉙ 口座種別	口座種別に○を記載して下さい。
㉚ 支店名・コード	支店名・支店コードを記載して下さい。
㉛ 口座番号	口座番号を記載して下さい。
㉜ 口座名義人フリガナ・漢字	口座名義人フリガナ・漢字を記載して下さい。

※斜線部分は記入不要です。