

《保険証の提示ができなかったとき》

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

注意事項

1. 2. 3.

補装具・あんま・マッサージ・鍼灸等は、医師からの同意書又は証明書が必要となります。
 一般診療は診療報酬明細書(原本)を必ず添付して下さい。

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・枝番	79-100-123456-01	性別	生年月日	昭平	57年	4月	3日
公費負担者番号		性別	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	3年	10月	2日	から
診療年月	平成令和	療養期間	平成令和	3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	保険証が手元に無く、全額負担になってしまった為 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 以前加入していた保険の保険証を使用した為 等						
発病又は負傷理由	1. 第三者行為による発病または負傷 ② その他(疲労によるウイルス感染)						
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 4 5 6 7			
	口座名義人	フリガナ トウキヨウ タロウ					
		漢字 東京 太郎					
	口座種別	普通・当座・貯蓄	記号				
	フリガナ						
	漢字						

被保険者ご本人又はご家族(当組合員の方)

※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。

記入日

令和4年4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 (自署)

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

《治療用補装具等を装着したとき》

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

注意事項

1. 2. 3.

補装具・あんま・マッサージ・鍼灸等は、医師からの同意書又は証明書が必要となります。領収書(原本)を必ず添付して下さい。

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・枝番	79-100-123456-01	性別	生年月日	昭平 令 57年 4月 3日	
公費負担者番号		性 別	1. 男 2. 女	入外	
公費受給者番号		給付割合	7割 8割 9割	1. 入院 2. 外来	
資格区分	事業主 従業員 家族	療養期間	平成 令和 3年 10月 2日 から	日数 1 日	
診療年月	平成 令和 3年 10月 診療	療養期間	平成 令和 3年 10月 2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	両外反偏平足/屈折性弱視 等				
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	治療用装具を購入した為 治療用眼鏡を購入した為 等				
発病又は負傷理由	1. 第三者行為による発病または負傷 2. その他(疲労の為/生まれつき/不詳 等)				
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)	ゆうちょ銀行以外	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 4 5 6 7	
	フリガナ	トウキョウ タロウ			
	漢 字	東 京 太 郎			
	口座種別	普通・当座・貯蓄	記号		番号
	フリガナ				
漢 字					

被保険者ご本人又はご家族(当組合員の方)

記入日

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 4年 4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 (自署)

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

被保険者ご本人又はご家族(当組合員の方)

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