

# 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			
記号・番号	79— —		生年月日	昭平	令	年 月 日
公費負担者番号		性別	1. 男 2. 女	入外	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	日	
資格区分	事業主 従業員 家族	療養期間	平成 年 月 日 から			
診療年月	平成 年 月 診療		平成 年 月 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						
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又は施術師						
支給申請をした理由						
発病又は負傷理由						
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	支店名・コード		支店	
		口座種別	普通 当座	口座番号		
		口座名義人	フリガナ			
			漢字			
	ゆうちょ銀行	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 年 月 日

申請者 住所

氏名

印

電話 (自宅) ( )

(携帯) ( )

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。)

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。