

国民健康保険療養費支給申請書記入例

国民健康保険療養費支給申請書

(第 1 回)

① 平成 28 年 4 月 1 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 231 - 0037

申請者 (組合員) 神奈川県横浜市中区富士見町3-1
住所 神奈川県総合医療会館4F

氏名 医師 太郎 **送印**

電話番号 045 (231) 2685

海外療養費

次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。

療養月 平成 年 月分

③ 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

医療機関コード		保険種別	① 国 1. 本入 3. 未入 5. 家入 7. 高入8 9. 高入7 4. 退 2. 本外 4. 未外 6. 家外 8. 高外8 0. 高外7
※設定機関コード		(療養を受けた)被保険者氏名	医師 花子 組合員(家族)従業員
給付割合	7割 8割 9割 10割	被保険者証記号・番号	31 - 01234567
保険者番号	1 4 3 0 1 6	生年月日	1. 明治・大正 2. 昭和 4. 平成 1 年 1 月 1 日
性別	1. 男 2. 女	療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤	実日数	日 食事日数 日
療養に要した費用	123,456 円	傷病名	発熱
一部負担金		発病又は負傷	平成 年 月 日
食事に要した費用		傷病経過	
食事標準負担額(薬剤負担金)		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
※査定金額		療養の給付を受けることができなかった理由	④ 渡航中の急な発熱の為現地で受診
支給金額		渡航目的	⑤ 旅行
病院、診療所等の名称及び所在地	××××× HONOLULU HI ××× ISHIKOKUHO CLINIC		

① 日付けは投函日を記入して下さい。

② 住所欄はご自宅の住所を記入して下さい。お振込が完了しましたら、決定通知書をお送りいたします。氏名欄は組合員のお名前を記入して下さい。印は認印で構いません。

③ 療養を受けられた方のマイナンバーを記入して下さい。

④ 一般診療の場合は、給付を受ける事の出来なかった理由を具体的に記入して下さい。

⑤ 渡航の目的を記入して下さい。

⑥ ご希望の振込先を記入して下さい。口座番号は左づめで記入して下さい。金融機関コードと支店コードも記入して下さい。(わかる範囲で構いません)

添付書類について

1. 診療内容明細書(FormA)と領収明細書(FormB)を添付して下さい。
※書類が外国語で書かれている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の住所・氏名を記載)が必要です。

2. パスポートの入出国の確認が必要になります。お名前・ご住所が確認できるページも併せてコピーを添付して下さい。

申請について

太枠内を記入して下さい。医科・歯科・調剤、各科毎に、また各月毎に申請書が必要になります。

ご申請頂いてから、お振込までに国保連合会に審査を依頼する関係で、2~3ヶ月かかる場合がございますのでご了承下さい。

振込先	⑥ 神奈川県医師会 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 番号(2304)	支店	預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
		本店	(フリガナ)		イシ タロウ	
		出張所	口座名義人	医師 太郎		

※欄は記入しないで下さい。

※処理欄	支給金額		円					備考						
	受付		常務理事	事務局長	次長	課長	係長	係	申請入力	平成 年 月 日	決済入力	平成 年 月 日	支給日入力	平成 年 月 日
									申請入力	平成 年 月 日	起案	平成 年 月 日	決済	平成 年 月 日
									決済	平成 年 月 日	完結	平成 年 月 日		

⑦ 国内の療養費支払い基準に基づき支給決定致しますので、必ずしも申請された額の給付分をお振込出来るとは限りません。