

国民健康保険療養費支給申請書																					
記号		番号		枝番						交通事故等の 第三者行為		有 ・ 無									
療養を受けた被保険者				氏 名						個人番号(マイナンバー)											
				生 年 月 日				組合員との続柄													
				昭・平・令 年 月 日																	
傷 病 名										発 症 負 傷 年 月 日		平・令 年 月 日									
										療 養 期 間		平・令 年 月 日 から 日間									
												平・令 年 月 日 まで									
療 養 を 受 け た 病 院 診 療 所 ・ 薬 局 そ の 他				名 称																	
				所 在 地																	
療 養 を 担 当 し た 医 師 歯 科 医 師 ・ 薬 剤 師 そ の 他				氏 名																	
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 (詳 細 に 記 入)				該当するものに☑印をつけてください ☐ 治療用装具の装着(コルセット、サポーター、その他) ☐ 診療費 (①保険証を提示できなかったため、②保険加入手続き中のため) ☐ 海外療養費 ☐ その他(柔道整復、マッサージ、はり、灸、生血液)																	
発病又は負傷の原因 (具体的に記入)										療 養 に 要 し た 費 用											
										円											
受 入 金 融 機 関	名 称		富 山 県 医 師 信 用 組 合 本 店						種 類		普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄										
			〔 銀行 信金 農協 店 〕						口座番号												
	名 義 人		* 医師信用組合に口座がない方は金融機関をご指定ください フリガナ						右詰めで記入ください												
			備 考																		
上記のとおり療養費の支給について別紙証拠書類を添えて申請します。																					
令和 年 月 日																					
組合員(自宅) 〒 () 電話 住 所																					
氏 名 (自署)																					
富山県医師国民健康保険組合理事長 殿														個人番号							

個人番号の利用目的について

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。

常務理事	事務長	担当者	本人確認	備 考	受付印
				支給額 円	
				支給日 月 日	

提出書類

装具作成の場合

- ☐ 1 療養費支給申請書
 - ☐ 2 装具を必要と認めた医師の証明書（原本）
 - ☐ 3 領収書（原本）
 - ☐ 4 組合員の身元確認書類 ⇒ 次のいずれか1つ
 - ① 組合員の顔写真IC付個人番号カード（両面の写し）
 - ② 組合員の運転免許証またはパスポート（写し）＋個人番号通知カード
- ※「個人番号」とはマイナンバーを指します

（留意事項）

- ・「発病負傷年月日」がわからない場合は、「不詳」とご記入ください
- ・「療養期間」は目安で構いません
（自）→装具作成の場合は、意見書に記載の医師が必要と認めた日
（至）および（日数）→不明の場合は空白で構いません
- ・「発病又は負傷の原因」がわからない場合は、「不詳」とご記入ください

診療費の場合

- ☐ 1 療養費支給申請書
 - ☐ 2 医療機関発行の診療（調剤）報酬明細書（原本）
※傷病名、薬剤名、医療機関名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの
医療機関等で領収証とともに発行される診療費請求明細書、保険調剤明細書ではありません
必ず、「診療報酬明細書・調剤報酬明細書〈レセプト〉」の原本を添付してください
 - ☐ 3 領収書（原本）
 - ☐ 4 組合員の身元確認書類 ⇒ 次のいずれか1つ
 - ① 組合員の顔写真IC付個人番号カード（両面の写し）
 - ② 組合員の運転免許証またはパスポート（写し）＋個人番号通知カード
- ※「個人番号」とはマイナンバーを指します

その他

海外療養費については、組合へ直接お問い合わせください