

国民健康保険療養費支給申請書

東村山市保険年金課

保険者番号	1 3 8 3 6 2		個人番号		
記号番号	36	-	-		
療養を受けたかた			男 女	1. 世帯主 2. その他	1. 入院 2. 入院外
生年月日	昭・平・令	年	月	日	傷病名
申請理由 (当てはまるものに○をし、裏面に進んでください。)	1	やむを得ず保険証を持たずに受診し10割で負担した。→裏面A、B、C、D、Eへ			
	2	資格喪失した他の保険証を使用し、国保加入したので請求したい。→裏面Aへ			
	3	補装具を作成した。→裏面Bへ			
	4	接骨、鍼灸、あんま・マッサージを10割で負担した。→裏面B、Cへ			
	5	海外渡航中にやむを得ず医療機関を受診した。→裏面A、B、C、Eへ			
	6	その他。理由「 」→裏面A、B、C、D、Eへ			
医療機関名			所在地		
診療年月日	平成・令和		年	月	日 (~ 平成・令和 年 月 日)
東村山市長殿 上記の療養費に要した費用の関係書類を添付して申請します。 令和 年 月 日					
世帯主	〒	-	住所	受付印	
			氏名		
			電話番号		
○ 口座振込先					
指定金融機関名	【金融機関コード】		【支店コード】		
	信用金庫		銀行 労働金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	
指定口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号		
フリガナ					
口座名義人 (世帯主に限ります)					
<窓口にいりしたかた> ※世帯主の場合は記入不要					
氏名	世帯主との続柄				
住所	電話番号				

太枠の中と裏面をご記入下さい。

費用額	円	一部負担金	円	支給額	円
診療区分コード	01. 一般 02. 歯科 03. 生血 04. 補装具 11. 薬剤 21. はりきゅう 31. 接骨 41. 看護 51. マッサージ 61. 移送 71. 施設 72. 海外療養費				
国保資格区分	1. 一般国保 2. 退職本人 3. 退職扶養				
給付割合	7割 ・ 8割 ・ 9割		システム個人番号		
保険税収納状況	完納 ・ 未納あり → システム個人番号() 収納課担当()				
本人確認書類	免許証・健康保険証・その他()				
受付			審査		

A やむを得なかった理由を詳細に記入してください。

B 負傷の状態について記入してください。(該当する□にチェックしてください。)

急性の傷病 - Cへ進んでください。

慢性的な傷病 → 以下は回答不要です。

ケガ(負傷)をした → 以下枠内の設問およびCに進んでください。

[負傷日時・場所等]

1, いつケガ(負傷)をしましたか。

平成・令和 年 月 日

午前 ・ 午後 時 分 頃

2, 次にあてはまる時間中でしたか。

勤務時間中 ・ 通勤途中 (出勤 ・ 退勤) ・ 出張中 ・ あてはまらない

3, ケガをした原因は次にあてはまりますか。

交通事故 ・ 暴力(ケンカ) ・ スポーツ中 (職場の行事 ・ 職場の行事外)

動物による負傷(飼い主有・無) ・ 飲酒中 ・ 自傷行為によるもの

4, 上記3にあてはまる原因がある場合、相手方がいますか。

相手が 有 → その方の氏名

 その方の住所

無

※相手がいる場合は第三者の行為による傷病届が必要になります。

C 負傷した原因(状況)を具体的に記入してください。

D 保険医等以外で受診した場合

診療に従事した医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名

E 診療内容を記入してください。
