

支出科目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金
支給額	¥				資格取得	昭平成和	年 月 日	
支給期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	資格種別	事・従家	(団・支・本) (持・送) (特定)		
区分 (給付割合)	就学児～64歳・65歳～69歳			7割		受付印		
	70歳～74歳			7割・8割				
	未就							
備考	(法第54条 項による)							

この欄は記入しないで下さい

記入不要

<補装具> 療養費支給申請書				記入例
被保険者番号	枝番	被保険者氏名	食品 二郎	
188010010001	03	及び生年月日	昭平令 56年 9月 5日生	
傷病名	証明書や指示書に記載されている傷病名を記入してください。		発病負傷年月日とその原因及び経過	令和 〇年 〇月 〇日
療養担当者の所在地と名称	〇〇市△△区□□□□ 1-2-3 〇〇病院		療養期間及び日数 (装具装着)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 意見日 令和 〇年 〇月 〇日 装着日 令和 〇年 〇月 〇日
療養の給付を受けられなかった理由	装具装着のため		療養に要した費用	9,600 円
備考				
<p>上記のとおり療養に要した費用の支給を別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日 (〒××× - ◇◇◇◇) Tel 012 (3456) 7890</p> <p>住所 〇〇市△△区□□□□1-1-10</p> <p>組合員(申請人) 氏名 食品 太郎</p> <p>大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿</p>				

◎療養費支給申請時の添付書類
・診療費
・診療明細書並びに領収書
・医師意見書等並びに領収書

- 〈銀行振込欄〉
- 預金口座は、組合員に限りです。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。
 - ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込専用の店名(漢数字3文字)・種目・口座番号を記入下さい。

振込先	食品	銀行	信用金庫	銀行コード						
	中央	支店	信用組合	1	2	3	4			
種別	① 普通 (総合口座) ② 当座	口座No.	支店コード 種別							
(フリガナ)				1	2	3	4	5	6	7
名義	シヨクヒン タロウ 食品 太郎									

※但し領収書や意見書は原本が必要ですが
※続紙(個人番号記入用)も記入願います

【個人番号記入用】

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民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、給付および徴収業務で利用します。

[記 入 欄]

◎補装具を装着された方など、申請時に対象になる方の個人番号を記入してください。
◎加入されている世帯全員の個人番号の記入は必要ありません。

住 民 票 住 所	〇〇市△△区□□□□ 1-1-10
-----------	-------------------

被 保 険 者 番 号												枝番		
組 合 員	個人番号 ※1 (マイナンバー)													
	氏 名													
	生 年 月 日	昭・平	年	月	日	性別	男・女							

例) 補装具の申請で 申請人 食品 太郎 装具を装着された方 食品 二郎
→食品 二郎の個人番号を記入

被 保 険 者 番 号		1 8 8 0 1 0 0 1 0 0 0 1										枝番	0 3
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	2
	氏 名	食品 二郎											
	生 年 月 日	昭	平・令	56	年	9	月	5	日	性別	男	・	女
	組合員との続柄	子											

被 保 険 者 番 号												枝番	
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)												
	氏 名												
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女						
	組合員との続柄												

※1:通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。