国民健康保険･療養費支給申請書

【様式5】

保険者番号	1 3 3 0 6 6	療養を受けた	被保険者名	
記号･番号	74ー　　ー		生年月日	年　月　日生
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	一　般　高齢受給者　未就学児	療養期間		年　月　日から
診療年月	年　月　診療			年　月　日まで

種　類	1.一般療養(海外療養費含む)　2.補装具　3.柔整　4.あんま･マッサージ　5.針灸 7.生血　8.治療用眼鏡(9歳未満の小児用)　9.その他＿＿＿＿＿＿＿＿
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	〒 電話　(　　)
診療を受けた医療機関名	医師名
支給申請をした理由	□被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の10割(全額)を自己負担した。 □高齢受給者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の3割を自己負担した。 □補装具を作った　□治療用眼鏡(9歳未満の小児用)を作った(製品名　　) □以前加入していた健康保険の被保険者証を使用した　□その他(　　) □海外渡航中にやむを得ない傷病で医療機関を受診した

海外で診療を受けた場合	診療を受けた国名･都市名	滞在年月日	年　月　日～　年　月　日
	訪問の目的	現地通貨の名称 (　　)	療養に要した費用額(現地通貨で記入)
発病又は負傷の理由		第三者行為の有無	自損 ・ 交通事故 ・ その他(　　)
療養に要した費用額(円)		食事回数	回
審査認定額		食事に要した費用(円)	
薬剤一部負担金(円)		食事標準負担額(円)	
一部負担金(円)		支給額(円)	

振込先	銀行名･コード		支店名	支店
	口座種別	普通　当座　貯蓄	口座番号	
	口座名義人 組合員本人口座に限ります	フリガナ		
		漢字		

上記の通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。　年　月　日

申請者(組合員本人)住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　(電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

東京芸能人国民健康保険組合　理事長殿

個人番号
