

理事長	常務理事	事務長	係	年	月	日起案
				年	月	日決裁
<b>療養費支給申請書</b>						
種類	一般診療費・補装具・移送・針灸・マッサージ・その他					
被保険者記号番号						
療養を受けた被保険者	(フリガナ)氏名			生年月日		組合員との続柄
				昭和 平成 年 月 日 令和		
	個人番号(12ケタ)					
傷病名						
発病負傷年月日	令和 年 月 日	発病負傷の原因	原因： 第三者行為(交通事故等)によるものですか。 はい・いいえ			
療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)					
傷病の経過		療養内容				
療養を受けた医療機関の名称及び所在地、診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名						
療養の給付を受ける事ができなかった理由						
療養に要した費用		円				
◎支給決定額を銀行振込しますので振込先をご記入下さい。(静銀に口座のある方はその口座を記入して下さい)						
振込先	預金種目	口座番号	(フリガナ) 口座名義人			
銀行 店 信金	当座 普通					
上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します						
令和 年 月 日(提出日)						
〒						
申請者 住所 (組合員) 氏名 _____						
静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様						
給付割合	割	費用額	円	支給決定額	円	一部負担金 円

※太枠内のみご記入下さい。

## 療養費支給申請について

### 提出書類

#### ○一般診療費

##### やむをえない理由で医療費を10割負担された場合

- ・療養費支給申請書（医療機関ごと1枚）
- ・領収書（原本）
- ・診療報酬明細書（レセプト）→医療機関に発行を依頼

##### 薬剤師国保に加入する前の保険者より、医療費の返納金請求があった場合

- ・療養費支給申請書（医療機関ごと1枚）
- ・返納金の領収書（原本）
- ・診療報酬明細書（レセプト）→上記保険者に発行を依頼

#### ○補装具

- ・療養費支給申請書
- ・領収書（原本）領収書に費用の内訳の記載がなければ、内訳書も提出。
- ・医師の意見書、証明書等（原本）

#### ○小児弱視等の治療用眼鏡等を購入

- ・療養費支給申請書
- ・領収書（原本）
- ・治療用眼鏡等の作成指示書の写し
- ・検査結果

### 記入する箇所（太枠内）

1. 被保険者記号番号・・・「被保険者証」「マイナポータル」「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」でご確認ください。
2. 療養を受けた被保険者氏名・組合員との続柄(本人、妻、子、父、母など)・個人番号(マイナンバー)・生年月日
3. 傷病名・発病負傷年月日・原因・第三者行為によるものか否か
4. 療養期間（継続中の場合は、開始日だけでも可）
5. 傷病の経過・・・良好、治療継続中等
6. 療養内容・・・装具療法、診療等
7. 保険医療機関の名称・所在地及び医師名
8. 療養の給付を受けることができなかった理由・・・装具を業者に依頼した為、保険加入の手続き中だった為等
9. 療養に要した費用
10. 振込先口座
11. 提出日・組合員の住所氏名