

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------|----------------------|--|---|---------|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 年 月 日 起案 年 月 日 決裁 | | | |
| 療 養 費 支 給 申 請 書 | | | | | | | |
| 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 | 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | 組合員との続柄 | |
| | フリガナ | | 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、口座情報をご記入ください。（静銀に口座のある場合はその口座を記入して ください。） | | | | | | | |
| 金 融 機 関 名 | | 預 金 種 別 | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 | | | |
| 銀行 | | 当 座 | | フリガナ | | | |
| 店 | | 普 通 | | | | | |
| 信金 | | | | | | | |
| 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 |

※太枠のみご記入ください。

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. 振込先口座情報
11. 提出日・組合員の住所氏名