

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・・・「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