

受付者	確認

国民健康保険療養費支給申請書															
被 保 険 者 証	記 号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名							世 帯 主 と の 続 柄					
	番 号			個 人 番 号											
傷 病 名			一 般 ・ 退 職 被 保 険 者 等 の 別	⑩ 本 人 一 般 ・ ⑩ 被 扶 養 者											
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日		療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間											
診 療 、 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院 、 診 療 所 、 薬 局 そ の 他 の 者 の 名 称 及 び 所 在 地			(病院名等)												
			(住所)												
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 又 は 保 険 外 併 用 療 養 費 の 支 給 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由			発 病 の 原 因					療 養 に つ き 算 定 し た 費 用 の 額	円						
			傷 病 の 経 過												
			療 養 の 内 容												
口 座 振 込	銀 行	支 店	口 座 番 号												
			フリガナ												
			名 義 人												
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。															
年 月 日															
(宛先)富士見市長															
申請者 住 所															
(世帯主) 氏 名															
個人番号 ()															
電 話															

記入例

国民健康保険療養費支給申請書														
被 保 険 者 証	記 号	F 1 2 3		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	富 士 見 太 郎				世 帯 主 と の 続 柄		子			
	番 号	4 5 6 7			個 人 番 号									
傷 病 名	腰椎捻挫			一 般 ・ 退 職 被 保 険 者 等 の 別	① 退 本 人 ② 一 般 ③ 被 扶 養 者									
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 2 9 年 4 月 1 日			療 養 期 間	平成 2 9 年 1 月 1 0 日 から 平成 2 9 年 1 月 1 9 日 まで 1 0 日 間									
診 療 、 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院 、 診 療 所 、 薬 局 そ の 他 の 者 の 名 称 及 び 所 在 地				(病 院 名 等) 〇 〇 〇 病 院										
				(住 所) 富 士 見 市 大 字 鶴 馬 8 7 6 5 番 地 1										
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				水 谷 花 子										
療 養 の 給 付 又 は 保 険 外 併 用 療 養 費 の 支 給 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	現物支給対象外の補 装具のため			発 病 の 原 因	転 倒		療 養 に つ き 算 定 し た 費 用 の 額	2 2 , 9 6 9 円						
				傷 病 の 経 過	良 好									
				療 養 の 内 容	整 形 治 療									
口 座 振 込	埼 玉 銀 行	鶴 瀬 支 店	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7				
			フ リ ガ ナ	フ ジ ミ イ チ ロ ウ										
			名 義 人	富 士 見 一 郎										
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。														
平成 2 9 年 4 月 1 日														
(宛先)富士見市長														
申請者 住 所 富 士 見 市 大 字 鶴 馬 1800-1														
(世帯主) 氏 名 富 士 見 一 郎														
個人番号 (3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5)														
電 話 0 4 9 - 2 5 1 - 2 7 1 1														

国民健康保険療養費の支給申請

使いみち	富士見市国民健康保険に加入している方が治療用装具を購入し、保険給付分の支給を受けるとき
申請に必要なもの	● 国民健康保険療養費支給申請書 ● 治療用装具を必要とした医師の証明書 (医療機関で証明書の発行を受けて下さい) ● 治療用装具を購入した領収書 ● 国民健康保険証 ● 振込を希望する口座の預金通帳 ● 世帯主及び給付を受ける世帯員の個人番号カードまたは通知カード ● 窓口に来られた方の本人確認をするため、運転免許証・パスポートなどをお持ちください。
申請できる方	本人または同一世帯の方が申請できます。 本人に頼まれて代理人が請求するときは、委任状が必要です。
提出先	市役所 1 階保険年金課または各出張所
手数料	手数料はかかりません。
記入上の注意	【制度の内容】 提出された申請書は医療処置が適切であったか審査されますので、申請から支給までに約 3 ヶ月かかります。 支給申請の期限は、その治療費を支払った日の翌日から起算して 2 年間です。
郵送提出の可否	不可
問合せ先	保険年金課健康保険係 0 4 9 - 2 5 2 - 7 1 1 2 (直通)