

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付年月日

療養費 支給申請書

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿				令和 年 月 日			
申請者（組合員）				住所			
				氏名			
				TEL ()			
				個人番号			
下記のとおり療養に要した費用に関する必要書類を添えて申請します。							
※ 裏面を参照の上、必要書類を添付して下さい。							
被保険者	記号		番号				
療養を受けた被保険者氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日
組合員との続柄	1 本人	2 家族	個人番号				
受診した医療機関等	名称						
	所在地						
	医師・歯科医師・薬剤師名						
療養費種別	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 その他		
入院外来	1 入院	2 外来	傷病名				
傷病の原因	発病又は負傷年月日						
	場所						
	状況						
療養内容・傷病経過							
療養期間	年 月 日 ~			年 月 日			
療養の給付を受けることができなかった理由	1 治療用装具作成のため						
	2 マイナ保険証等を持参できなかったため（理由）						
	3 その他（）						
療養に要した費用	円	第三者行為（交通事故や喧嘩など、第三者の行為による負傷）・労災			1 該当	2 非該当	
☐ 公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込先口座の記入が不要になります。							
☐ 振込口座を指定する							
⇒ お振込先の口座をご記入ください。			銀行・信金 労金・農協		本店・支店		
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号			
	フリガナ						
	口座名義人						

医師国保組合使用欄

給付割合	割	支給額	円
------	---	-----	---

<必要書類>

○医科・歯科・調剤

①診療報酬明細書（原本または原本証明されているもの）

②領収書（原本）

※マイナ保険証等を持参せず全額自己負担した場合も

「傷病名」と「診療内容」が分かる明細が必要です

○装具

①医師が記入・証明した治療用装具製作指示装着証明書（原本）

②領収書 ※種類等明細が分かるもの（原本）

③装具の写真 ※靴型装具のみ