

# 国民健康保険療養費支給申請書について

## 【現金払いの場合の必要書類】

- ① 国民健康保険療養費支給申請書
- ② 診療報酬明細書(原本または原本証明されたもの)
- ③ 領収書(原本)

## 【装具等を作成した場合の必要書類】

- ① 国民健康保険療養費支給申請書
- ② 医師の装具装着必要証明書(原本)
- ③ 装具代金領収書(原本)

## 【小児弱視等の治療用眼鏡等の場合の必要書類】 平成18年4月1日から施行

### 対象年齢9歳未満

- ① 国民健康保険療養費支給申請書
- ② 弱視等治療用眼鏡等作成指示書及び検査結果
- ③ 領収書(証明書類より日付が後であること)(原本)  
26,922円までが支給金額の上限になります。
  - ・品代には「治療用眼鏡」
  - ・宛名は患者の名前

### ●年に支給される回数

- 5歳未満の場合1年に1回
- 5歳以上で9歳未満の場合は2年に1回

※斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレネル膜プリズムは保険適用の対象外

## 【四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等の場合の必要書類】 平成20年4月1日から施行

- ① 国民健康保険療養費支給申請書
- ② 医師の弾性着衣等装着指示書(原本)
- ③ 弾性着衣等を購入した際の領収書又は費用の額を証明する書類(原本)

※支給回数、支給額には上限があります。

保険給付費支給決定 並 支払伺				起案			
支払 金額	金 円	支払通知書 番 号	振 込 年月日	・			
			取 得	・			
			喪 失	・			

国民健康保険療養費支給申請書（コルセット・診療費・弱視・弾性着衣等）

被 保 険 者 証 番 号	正組合員	-	(フリガナ)					申請人 との 続 柄													
	准組合員	-		-																	
傷 病 名				療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名																	
				個人番号(マイナンバー)																	
発 病 、 負 傷 年 月 日	平成	年	月	日	療 養 期 間	平成	年	月	日から												
						平成	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																					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医又は、薬剤師の氏名																					
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由			発病の原因	療 養 に 要 し た 費 用	円																
			傷病の経過																		
			療 養 内 容																		
備 考																					
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。																					
平成 年 月 日																					
所属支部名 千 -																					
正 組 合 員 住 所																					
(フリガナ)																					
氏 名 印																					
個人番号(マイナンバー) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
准 組 合 員 住 所																					
氏 名 印																					
個人番号(マイナンバー) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿																					

※ 費用の支払いについては、本組合に登録されている正組合員(医師)の銀行口座へ振込します。  
※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報とは、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。