

保険給付費支給決定 並 支払伺		起案	
支払 金 額 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（治療用装具・診療費・弱視・弾性着衣等）

記 号 番 号	- -	(フリガナ)		申請人 との 続 柄	
	枝番()	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			
傷 病 名		個人番号(マイナンバー)			
発 病、負 傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
負傷の原因が 第三者の行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ			
診療を受けた医療機関等の 名称、所在地 及び診療した医師等の氏名					
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(裏面参照)を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
所属支部名					
〒					
正 組 合 員 住 所					
(フリガナ)					
氏 名					
個人番号(マイナンバー)					
准 組 合 員 住 所					
氏 名					
個人番号(マイナンバー)					
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、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。
※ 本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

＜ 療養費支給申請書に添付する必要な書類について ＞

【医療機関を受診の際、被保険者証を提示できず医療費を自費で支払ったとき】

- ① 診療報酬明細書(原本または原本証明されたもの)
- ② 領収書(原本)
- ※ 医療機関が処方せんを発行している場合は、下記の書類を追加してください。
- ③ 調剤報酬明細書(原本または原本証明されたもの)
- ④ 薬局が発行した領収書(原本)

【医療機関を受診の際、以前に加入していた被保険者証を使用し、医療費の返還を求められたとき】 確認したいことがありますので、当組合までお問い合わせください。

【海外渡航中にやむを得ず現地の医療機関を受診したとき】 確認したいことがありますので、当組合までお問い合わせください。

【医師の指示により治療用装具を装着したとき】

- ① 装具装着必要証明書(原本)
- ② 装具代金領収書(原本)
- ※ 靴型装具の場合、「装着時の装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)」を追加してください。

【小児弱視等の治療用眼鏡等を作成したとき】

- ① 弱視等治療用眼鏡等作成指示書及び検査結果(原本)
- ② 領収書(原本)
 - ・品代に「治療用眼鏡」の記載があること
 - ・宛名は患者の名前であること
 - ・領収書の日付が証明書類の日付より後であること

【四肢のリンパ浮腫治療のため弾性着衣を購入したとき】

- ① 医師の弾性着衣等装着指示書(原本)
- ② 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)

支給条件等については、当組合までお問い合わせください。

愛知県医師国民健康保険組合
〒460-0008
名古屋市中区栄一丁目23番10号
名古屋伏見アイマークビル 5階
TEL:052-228-3151