

# 療 養 費 支 給 申 請 書

※太線の枠内のみご記入ください。

被保険者証の記号番号				療 養 を 受 け た 被 保 険 者							
記 号	芸 国			氏 名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
番 号				生年月日	昭 平 令	年 月 日	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
療養を受けた内容(領収書・証明書等を添付して提出して下さい。)											
療養を受けた 病 院 等	名 称				医師の氏名						
	所在地										
傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名				傷病の経過					
発病(負傷)日	令和	年	月	日	療養期間	令和	年	月 日 ~ 令和	年	月 日	日間
療養の給付を受ける ことができなかった理由	ア. 治療用装具の装着(コルセット・サポーター・弱視用眼鏡・その他) ※コルセット、サポーター等の装具で既製品を購入された場合、厚労省より 通知されている「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」内に 品名記載が無いときは、支給の対象とならないことがありますのでご注意ください。						療養に要した費用				
	イ. 他制度で受診(国保・社保・共済・その他/ ) ) ウ. 海外渡航中の療養(理由 ) ) エ. 国内で療養(理由 ) )						円				
上記のとおり申請します。											
令和				年		月		日		〒 - 住 所	
組合員(申請人)						氏 名		_____		_____ (印)	
大阪文化芸能国民健康保険組合理事長 殿											

※振込先口座確認のため現在、保険料の引き落としにご使用いただいている【ゆうちょ銀行】の口座をご記入ください。

振込先 口 座	記号			番号			フリガナ	
	1	0	1	1			口座 名義人	

----- 組 合 使 用 欄 -----

受付印

療養費算出基礎

種 別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	給付 割合	一般	未就学	前期高齢者			
					7割	8割	高8割	9割
費用額	保険者負担額		一部負担	国保優先	支給決定額			
円	円		円	円	円			

申請管理番号
No.
続紙番号.