様式第１１号（第１４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表）

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 | | | | |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | （　　　　　年　　　月診療分） | | | |
| 療養を受けた  被保険者 | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | |  | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | |  |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | 発病又は負傷の年月日 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者 | | | | | | 名　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の原因及び経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 の 経 過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養期間並びに療養内容 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（　　　　日間の入院・入院外） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | | １．一般診療　　２．治療用補装具  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 療養につき算定した費用の額 | | | | 円 | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行・金庫・信組・農協　　　　　　　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | □ 普 通　　□当 座 | | | | | | | | | | | | | 口　座  名義人 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | | |  | |  |  | | |  | | 氏名 | | | | | |
| 上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。  なお、振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、受領に関する権限を委任します。  　　　　　年　　　月　　　日　 住所  竹田市長　様　　申請者（世帯主）氏名  個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　の　記　入　欄 | 窓口に来た方 | □世帯主 □同一世帯員 □代理人 | | 個人番号確認 | | □個人番号カード □通知カード □住民票 □公簿 | |
| 窓口に来た方の本人確認 | ＜写真付き1点確認＞□個人番号カード □運転免許証 □旅券 □身障手帳 □在留カード □（　 　　　　）  ＜写真なし2点確認＞□資格確認書等 □年金手帳 □身分証明書 □(　　 　　　　 　　 　　　） | | | | | |
| 代理権の確認 | □戸籍謄本（法定代理人）□委任状 □委任状省略（同一世帯員）□本人しか持ち得ない書類（　　　　　　） | | | | | |
| 資格確認 | □一般　□高齢者（□２割　□３割）□未就学児 | | | | | |
| 給付区分 | １．一般診療　　２．補装具　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 添付書類確認 | □領収・明細書　□医師の同意（意見・指示）書 □装具の装着証明書 □診療報酬明細書  □海外療養費は、パスポートの写し、領収書、診療内容明細書、翻訳文 | | | | | |
| 審査認定金額 | | 一部負担金 | | 他法負担額 | | 支給決定額 |
| 円 | | 円 | | 円 | | 円 |

（裏）

○療養費支給申請書に添付する書類

|  |  |
| --- | --- |
| 給付の種類 | 添付書類 |
| 事故や急病で、やむを得ず保険証を持たずに診療を受けたとき（医科、歯科） | □病院等が発行した診療報酬明細書  □医療費の領収書 |
| 治療のために医師の指示にもとづき、コルセット、膝サポーター、義手、義足、義眼などの治療用装具を作成したとき | □医師の意見書及び装具装着証明書  □補装具の領収書（内訳の記載のあるもの） |
| 治療のために医師の指示にもとづき、弾性ストッキング等（四肢リンパ浮腫治療者用、乳がん、子宮悪性腫瘍等の術後者用）を購入したとき | □医師の弾性着衣等装着指示書  □領収書（内訳の記載のあるもの） |
| 治療のために医師の指示にもとづき、治療用メガネ、コンタクトレンズ（９歳未満の小児用）の作成・購入したとき | □医師の作成指示書  □領収書（内訳の記載のあるもの） |
| 海外で診療を受けたとき《海外療養費》  （日本で保険適用となっていない医療行為、治療目的の渡航による医療費は対象外） | □海外の病院等が発行した診療内容明細書  ※外国語で作成されている場合には、翻訳文を添付  □医療費の領収書  ※外国語で作成されている場合には、翻訳文を添付  □パスポート |