様式　第10号

理事長	常務理事	事務長	課長	係

事務局記入欄

支給年月日	令和　　年　　月　　日
支給決定額	円
組合員種別	第１種　・　第２種

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号		発病・負傷 年　月　日	令和 年　月　日
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
マイナンバー （個人番号）		組合員 との続柄	性別　男・女
傷病名			
療養期間	令和　年　月　日 ～ 令和　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・その他の名称及び所在地	名　称 所在地 〒 電話番号　（　）		
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			
療養の給付を受けられなかった理由	1　被保険者証の未提示　2　治療用具の製作（コルセット、眼鏡等） 3　その他（　）		
発病の原因		第三者の行為により負傷したもの	あり　・　なし
傷病の経過	1 継続　2 治癒	療養に要した費用額	円

振込先 （組合員）	銀行・支店名	銀行・信用金庫　　支店		
	フリガナ 名義人		口座種類	普通　・　当座
			口座番号	

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。

令和　　年　　月　　日

〒

組合員自宅住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　（　）

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

マイナンバー（個人番号）

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

【個人番号の利用目的】

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第１の第30の項「国民健康保険法による保険給付の支給又は、保険料の徴収に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で利用します。

（添付書類）　被保険者証未提示の場合は、診療報酬明細書（レセプト）と領収書
治療用具を製作した場合は、医師が装具を必要と認めた治療用装具製作指示装着証明書（装具士の氏名が記載されたもの）と単価等が記載されている領収書（原本）
靴を作製された場合は写真を貼付してください。（裏面参照）
※領収書の返却が必要な場合は、ご相談ください。

靴型装具に係る療養費支給申請書には、以下４点を満たす写真の添付をお願いいたします。
（プリンターで出力していただいたもので可能です。）

(1)　治療用装具の全体像が確認できる写真であること。

(2)　付属部品等も含めて購入したすべての治療用装具が撮影されていること。

(3)　中敷き等（靴に挿入するタイプの装具）がある場合は、靴から取り出した状態で撮影されていること。

(4)　ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、ロゴやタグが撮影されていること。

記号　番号	被保険者名	療養を受けた方の氏名	撮影日
			年　月　日

正面から	写真を貼付
側面から	写真を貼付