療 養 費 支 給 申 請 に つ い て

下記の書類を組合までお送りください。

療養費支給申請を行う方全員

１．療養費支給申請書　（裏面記載の記載方法案内を参考にご記入ください。）

○個人番号(マイナンバー)の記載を必ずご記入下さい。

２．顔写真付き身分証明書コピー

○組合員本人のみ

※顔写真付き身分証明書とは、

運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、在留カード等になります。

上記の証明書がない場合は当組合へご連絡ください。

医科・歯科・調剤 （一般） の場合

１．領収証(原本)

○病院で支払い時に発行された領収証

○以前加入していた健康保険組合等（国保・共済組合を含む）から発行された領収証

２．診療報酬明細書（レセプト / 診療の内容が保険点数で記載されたもの）

受診者宛に発行される診療明細書とは異なり、医療機関で封筒に入った書類が渡されます。医療機関から渡されなかった場合は、必ず受診した医療機関へ申し出て受け取ってください。受け取った封筒は開封せず、他の必要書類とあわせて組合までお送りください。

補装具（コルセット等作成）の場合

１．領収証(原本)

○補装具の製作所発行で、領収証の宛名（もしくは但し書き）に療養を受けた被保険者本人の氏名が記載されているもの

○作成した補装具の品番・品名・義肢装具士名・金額内訳が記載されているもの

（上記の内容の記載がない場合は別途**内訳書**を製作所(もしくは医療機関)に申し出て受け取ってください。）

○治療用眼鏡作成の場合、製品名が必ず記載されていること（例：ニコン、HOYA 等）

２．医師の意見（同意／指示／証明）書(原本)

○補装具を作るように指示された医療機関（医師）発行のもの

○作成日よりも前の日付で発行されており、医師の署名・押印がされているもの

○義肢装具士名が記載されているもの（オーダーメイドのみ）

・療養を受けた日の翌日から **2 年**を過ぎると申請することができませんのでご注意ください。

・小児弱視等治療用眼鏡の支給は、5 歳未満の更新の場合は前回申請から経過した期間が 1 年以上、5 歳以上 9 歳未満の更新の場合は前回申請から 2 年以上である場合のみ支給対象となります。

・領収書返却希望の方は、その旨を申請時にお伝え頂きますようお願いいたします。

・添付される書類に不備がありますと、支払いが出来ない場合がございます。又、審査機関に提出後支払いとなりますので、約 2 か月のお時間を頂いておりますので、ご了承ください。

国民健康保険・療養費支給申請書

【様式 5】

保険者番号	1 3 3 0 6 6	療養を受けた	被保険者名				
記号・番号	74ー ー		生年月日	年 月 日生			
公費負担者番号			性別	1.男 2.女	入外	1.入院 2.外来	
公費受給者番号			給付割合	7割 8割 9割	日数	日	
資格区分	一般 高齢受給者 未就学児	療養期間	年 月 日から				
診療年月	年 月 診療		年 月 日まで				
種 類	1.一般療養(海外療養費含む) 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.針灸 7.生血 8.治療用眼鏡(9 歳未満の小児用) 9.その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿						
傷病名							
診療を受けた医療機関等の所在地	〒 電話 ( )						
医療機関名		医師名または施術者名					
支給申請をした理由	□被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の 10 割(全額)を自己負担した。 □高齢受給者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の3割を自己負担した。 □補装具を作った □治療用眼鏡(9 歳未満の小児用)を作った(製品名) □以前加入していた健康保険の被保険者証を使用した □その他( ) □海外渡航中にやむを得ない傷病で医療機関に受診した						
海外で診療を受けた場合	診療を受けた国名・都市名	滞在年月日 年 月 日 ～ 年 月 日					
	訪問の目的	現地通貨の名称	療養に要した費用額(現地通貨で記入)				
発病又は負傷の理由		第三者行為の有無	自損 ・ 交通事故 ・ その他( )				
療養に要した費用額(円)		食事回数	回				
審査認定額		食事に要した費用(円)					
薬剤一部負担金(円)		食事標準負担額(円)					
一部負担金(円)		支給額(円)					
振込先 銀行名・コード		支店名	支店				
口座種別	普通 当座 貯蓄	口座番号					
口座名義人 組合員本人口座に限ります	フリガナ 漢字						

上記の通り療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。 年 月 日

申請者(組合員本人) 住所 〒

氏名 (電話)

東京芸能人国民健康保険組合 理事長殿

個 人 番号	組合員本人												
	療養受けた人												

項 目		記 載 方 法
1	記号番号	被保険者の記号番号を記載してください。
2	資格区分	該当の資格に○をつけてください。
3	診療年月	診療を受けた年月（補装具作成年月）を記載してください。
4	被保険者名	療養を受けた人の名前を記載してください。
5	生年月日	療養を受けた人の生年月日を記載してください。
6	性別	該当の性別に○をつけてください。
7	入外	入院・外来で該当に○をつけてください。
8	給付割合	一般の方は 7 割・未就学児は 8 割・70 歳以上の高齢受給者の方は高齢受給者証(白いカード)に記載されている負担割合に○をつけてください。
9	日数	療養にかかった日数を記載してください。（補装具は 1 日と記載）
10	療養期間	療養を受けた期間を記載してください
11	種類	申請する療養該当の種類に○をつけてください。
12	傷病名	傷病名を記載してください。
13	診療を受けた医療機関の所在地	診療を受けた医療機関等の所在地（住所）を記載してください。
14	医療機関名	診療を受けた医療機関等の名称を記載してください。
15	支給申請をした理由	該当の項目にチェックをするか、その他の欄に理由を記載してください。（治療用眼鏡の場合は必ず製品名を記載すること）
16	発病又は負傷の理由	発病または負傷の理由を記載してください。
17	第三者行為の有無	負傷の場合のみ該当のものに○をつけてください。
18	療養に要した費用額	療養に要した総額（支払った額）を記載してください。
19	銀行名・コード	銀行名を（コードもわかれば）記載してください。
20	口座種別	該当の口座種別に○をつけてください。
21	支店名・コード	支店名を（コードもわかれば）記載してください。
22	口座番号	口座番号を記載してください。（組合員本人の口座に限る）
23	口座名義人	口座名義人（フリガナ・漢字）を記載してください。 （組合員本人の口座に限る）
24	審査認定額	記載不要（組合処理欄）
25	支給額	記載不要（組合処理欄）
26	住所・署名欄	住民票記載のご住所・組合員ご本人様のご署名を記載してください。
27	個人番号(マイナンバー)	組合員本人と療養を受けた人のマイナンバーを記載してください。 ※組合員本人と療養を受けた人が同じ方の場合は、組合員本人のみ記載してください。

申請書のご記入につきましてご不明な点等ございましたら組合までお問い合わせください。

東京芸能人国民健康保険組合

（土日祝日を除く、平日９：30～17：00）

TEL：03-5379-0611

FAX：03-5379-0613