

補装具

国民健康保険療養費支給申請書

(医科・歯科・薬剤・補装具・柔整
あんま・マッサージ・はり・きゅう
看護・移送・その他・生血)

(世帯主) 申請者	住所名 軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢 太郎 (連絡先) 電話 0267-45-8540
申請者の 個人番号	
被保険者 記号・番号	軽 0123456
世帯番号	受診者宛名番号
被保険者の 個人番号	療養を受けた 被保険者氏名 軽井沢 花子
傷病名	変形性膝関節症
発病負傷 年月日	令和〇年 〇月 〇日
療養期間 (調剤・施術)	外来 入院 年 月 日から 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・薬局その他の者の名称及び所在地	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢町役場クリニック
療養費の支給申請をした理由 <保険診療を受けられなかった具体的な理由>	補装具 診療 太郎
内容	診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名
領収書の金額	療養に要した費用
	1 2 3 0 0

下記書類が必要となります

- 診断書 (補装具証明書)
- 領収書 (補装具名がわかるもの)

領収書の金額

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。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日 下記口座にお振り込みく

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する者は口座情報の記入不 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いた
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。
	口座名義人 (カナ) カルイザワ タロウ
	銀行コード
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合
	軽井沢
	支店
(右詰前0) 口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	預金目 種目
	普通 当座
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)	
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印	

世帯主の口座
(世帯主以外の口座へ振込みを希望の場合
は委任欄に署名と押印をしてください。)

軽井沢町長 様

一般診療（資格確認書等持たずに受診）

国民健康保険療養費支給申請書（あんま・マッサージ・はり・きゅう） 看護・移送・その他・生血

(世帯主) 申請者	住所名	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1									
	氏名	軽井沢 太郎 (連絡先) 電話 0267-45-8540									
申請者番号											
被保険者 記号・番号	軽 0123456					療養を受けた 被保険者氏名	軽井沢 花子				
世帯番号	受診者宛名番号										
被保険者の 個人番号						生年月日	昭和〇年〇月〇日				
傷病名	変形性膝関節症										
発病負傷 年月日	令和〇年 〇月 〇日										
療養期間 (調剤・施術)	外来 入院 年 月 日から 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・薬局その他の者の名称及び所在地	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢町役場クリニック										
療養費の支給申請をした理由 <保険診療を受けられなかった具体的な理由>	資格確認書を持たずに 受診した					診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 診療 太郎					
傷病の経過	下記書類が必要となります										
発症	<ul style="list-style-type: none"> 領収書（支払証明書） レセプト 										
	領収書の金額					療養に要した費用					
						1 2 3 0 0					

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。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日 下記口座にお振り込み

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する者は口座情報の記入 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いた <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。									
	口座名義人 (カナ)		カルイザワ タロウ							
	振込先金融機関	銀行コード					文店コード			
		軽井沢					軽井沢 支店			
	(右詰前0) 口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					預金種目	普通 当座		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)										
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名										

世帯主の口座

(世帯主以外の口座へ振込みを希望の場合は
委任欄に署名と押印をしてください。)

軽井沢町長 様

負担割合相違

国民健康保険療養費支給申請書 (医科・歯科・薬剤・補装具・柔整 あんま・マッサージ・はり・きゅう 看護・移送・その他・生血)											
申請者 (世帯主)	住所名	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢 太郎 (連絡先) 電話 0267-45-8540									
申請者 の 個 人 番 号											
被保険者 記号・番号	軽 0123456					療養を受けた 被保険者氏名	軽井沢 花子				
世帯番号	受診者宛名番号										
被保険者の 個人番号						生年月日	昭和〇年〇月〇日				
傷病名	変形性膝関節症										
発病負傷 年月日	令和〇年 〇月 〇日										
療養期間 (調剤・施術)	外来 入院 年 月 日から 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・薬局その他の者の名称及び所在地	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢町役場クリニック										
療養費の支給申請をした理由 <保険診療を受けられなかった 具体的な理由	負担割合相違					診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 診療 太郎					
傷病の 経過	下記書類が必要となります ・ 領収書 (支払証明書)										
発症又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 3: その他 (自損事故・疾病等)					療養に要した費用 1 2 3 0 0					

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。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日 下記口座にお振り込み

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する者は口座情報の記入 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いた <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。										
	口座名義人 (カナ)		カルイザワ タロウ								
	振込先 金融機関	銀行コード					支店コード				
		軽井沢					軽井沢 支店				
(右詰前0) 口座番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					預金種目	普通 当座			
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印											

世帯主の口座

(世帯主以外の口座へ振込みを希望の場合
は委任欄に署名と押印をしてください。)

軽井沢町長 様

食事代差額

国民健康保険療養費支給申請書		(医科・歯科・薬剤・補装具・柔整 あんま・マッサージ・はり・きゅう 看護・移送・その他・生血)	
(世帯主) 申請者	住所名 軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢 太郎 (連絡先) 電話 0267-45-8540		
申請者の 個人番号			
被保険者 記号・番号	軽 0123456	療養を受けた 被保険者氏名	軽井沢 花子
世帯番号	受診者宛名番号		
被保険者の 個人番号	生年月日		昭和〇年〇月〇日
傷病名	変形性膝関節症		
発病負傷 年月日	令和〇年 〇月 〇日		
療養期間 (調剤・施術)	外来 ・ 入院 令和〇年 〇月 〇日から 〇月 〇日まで 〇日間		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 軽井沢町役場クリニック		
療養費の支給申請をした理由 < 保険診療を受けられなかった 具体的な理由	食事代差額	診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 診療 太郎	
傷病の 経過	下記書類が必要となります ・ 領収書 (支払証明書)		食事差額金額
発症又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : 業務上の災害 (通勤災害等) 3 : その他 (自損事故・疾病等)		療養に要した費用 2 3 0 0

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。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日 下記口座にお振り込

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する者は口座情報の記入 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録い		世帯主の口座 (世帯主以外の口座へ振込みを希望の場合 は委任欄に署名と押印をしてください。)	
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
	口座名義人 (カナ)	カルイザワ タロウ		
	振込先 金融機関	銀行コード	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	軽井沢 支店
	(右詰前0) 口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	預金 種目	普通・当座
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印				

軽井沢町長 様