

浜中町国民健康保険療養費支給申請書

浜中町長 様

年 月 日

申請人 住 所.....
 氏 名.....
 電話番号.....
 世帯主との関係（ ）

下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。

保険者番号		世帯主名 【個人番号】	【 】
受診者名 【個人番号】	【 】	受診者生年月日	年 月 日
傷病名		療養期間	
受診医療機関			
申請事由			
添付書類			

振込口座

金融機関名		支店名	
口座番号		名義 (カタカナ)	

※世帯主以外の口座に振り込む場合

世帯主（ ）の療養費受給権について、次の者に委任する。

委任を受けた者.....

受付印	負担割合	総費用額①		自己負担額②	支給額①-②
		円		円	
	受付		処理		円

それぞれの証憑書類及び審査決定上必要とする書類を添付して町に申請しなければならない。

(1) 医科及び歯科診療

診療に要した費用に関し、診療に従事した医師、又は保険医療機関又は特定承認保険医療機関の発行する領収書(第12号及び第13号様式)

(2) 薬剤

薬剤の受領に要した費用に関し、薬剤師の発行する領収書(第14号様式)

(3) 柔道整復師の施術

ア 施術に従事した者の発行する領収書(第15号様式)

イ 脱臼、骨折については、その施術につき医師の発行する同意書、但し施術につき同意を得た旨が施術録に記載であること、又は医師についてその旨を確認した場合においてはこの限りでない。

(4) あんま、はり、きゅう師の施術

ア 施術に従事した者の発行する領収書及び施術内訳書

イ その施術につき医師の発行する施術を必要とする旨の意見書

(5) 輸血に要する血液代

ア 供血者の発行する生血代領収書

イ 医師の生血を必要とする意見及び輸血実施にかかる証明書

(6) 補装具

ア 医師の発行する治療上必要とする旨の意見書

イ 補装具製作に従事した者の発行する領収書及び内訳書

(7) 入院時食事療養費

保険医療機関又は特定承認保険医療機関の発行する領収書