

第7号様式(第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 接骨 <input type="checkbox"/> はりきゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> その他(生血等)					
被保険者証の記号番号	17— —	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	年 月 日			世帯主との続柄	
傷病名		個人番号					
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日	から	年 月 日	まで	日間 外来・入院
発病又は負傷原因 傷病の経過				交通事故等ではがをした場合		自損・他損	
医療機関等所在地 ※海外療養費の場合は国名							
医療機関等名称				医師等氏名			
療養費の支給申請をした理由	ア・緊急で被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担したため。 イ・以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 ア又はイに該当し、法定届出期間を超えて加入した場合は、理由を具体的に記入してください。 () ため。 ウ・補装具代金のため。 エ・海外の医療機関で受診したため。(渡航の目的: ()) (滞在期間 / / ~ / /) オ・その他()						
療養に要した費用	() 海外療養費の場合、カッコに通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル・中国元)						
世帯主の振込口座	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所			種別 普通 当座	
	口座番号	フリガナ		口座名義人氏名			
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、支給決定後、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。 年 月 日 世帯主 住所 北区 丁目 番 号 氏名 印 個人番号 電話 () 東京都北区長殿							

イ 所要事項は、記入漏れのないようにしてください。

ロ 医科・歯科・調剤・補装具・海外療養費・接骨・はりきゅう・マッサージ・その他(生血等)の該当のものにチェックをしてください。

ハ 発病又は負傷の原因(特に外傷の場合)は、受傷の原因を詳しく記入してください。

ニ 第三者行為に係る傷病の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。



事務処理欄

受付印	受付者	点数	点	備考	届出						
		費用額	円		取得						
		一部負担額	円	公費	なし	障	親	子	乳	青	
		支給決定金額	円	一般・退職本人・退職扶養	領収証明	給付割合	7割・8割・9割				
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 <input type="checkbox"/> パスポート(写) <原本確認済> <input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外療養費診療内容明細書・領収明細書及び翻訳文・照会に関する同意書									

《記載例》

医科・歯科・調剤

病院は医科
歯医者には歯科
薬局は調剤 にチェックをしてください

第7号様式(第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		<input checked="" type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 接骨 <input type="checkbox"/> はりきゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> その他(生血等)			
被保険者証の記号番号	17— ×× — ××××	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	北区 太郎	世帯主との続柄	本人
傷病名	 〇〇年〇月〇日 おおよそで可 療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 外来・入院 				
発病負傷年月日					
発病又は負傷原因 傷病の経過	 〇〇年〇月〇日 おおよそで可 		交通事故等ではがをした場合	自損・他損	
医療機関等所在地 ※海外療養費の場合は国名	 〇〇病院 				
医療機関等名称	 〇〇病院 				
療養費の支給申請をした理由	ア・緊急で被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療 <input checked="" type="checkbox"/> 以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 ア又はイに該当し、法定届出期間を超えて加入した場合は、理由を具体的に記入してください。 () ため。 ウ・補装具代金のため。 エ・海外の医療機関で受診したため。(渡航の目的: ()) (滞在期間 / / ~ / /) オ・その他()				
療養に要した費用	 () 海外療養費の場合、カッコに通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル・中国元) 				
世帯主の振込口座	北	銀行	本店	種別	普通
口座番号	1234567	信用金庫	支店	出張所	当座
フリガナ	キタク タロウ				
口座名義人氏名	北区 太郎				
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、支給決定後、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。 〇〇年 〇月 〇日 世帯主 住所 北区 王子本町 1丁目 15番 22号 氏名 北区 太郎 電話 03 (3908) 1132 東京都北区長殿					

事故等でケガをした場合は該当箇所にマルをしてください

14日以上遡って加入している場合理由を詳しく記入してください

シャチハタ不可

北区

北区

事務処理欄

受付印	受付者	点数	点	備考	届出					
		費用額	円		取得					
		一部負担額	円	公費	なし	障	親	子	乳	青
		支給決定金額	円			領収証明	給付割合	7割・8割・9割		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 <input type="checkbox"/> パスポート(写) <原本確認済> <input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外療養費診療内容明細書・領収明細書及び翻訳文・照会に関する同意書								

《記載例》

補装具

第7号様式(第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 接骨 <input type="checkbox"/> はりきゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> その他(生血等)					
被保険者証の記号番号	17— ×× — ××××	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	北区 太郎			世帯主との続柄	本人
傷病名	(指示書の傷病名)	個人番号	(マイナンバーを記入。不明なら空欄可)				
発病負傷年月日	〇〇年 〇月 〇日 おおよそで可	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	外来・入院	
発病又は負傷原因 傷病の経過	事故等でケガをした場合は 該当箇所にマルをしてください			交通事故等		自損・他損	
医療機関等所在地 ※海外療養費の場合は国名							
医療機関等名称	(指示書にある病院名)			医師等氏名	(指示書にある医師名)		
療養費の支給申請をした理由	ア・緊急で被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担したため。 イ・以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 ア又はイに該当し、法定届出期間を超えて加入した場合は、理由を具体的に記入してください。 ウ・補装具代金のため。 エ・海外の医療機関で受診したため。(渡航の目的: (滞在期間 / / ~ / /)) オ・その他()						
療養に要した費用	() 海外療養費の場合、カッコに通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル・中国元)						
世帯主の振込口座	北	銀行	本店	種別	普通		
口座番号	1234567	フリガナ	キタク タロウ	出張所	北区 太郎		
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、支給決定後、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。 〇〇年 〇月 〇日 世帯主 住所 北区 王子本町 1丁目 15番 22号 氏名 北区 太郎 電話 03 (3908) 1132 東京都北区長殿							

- イ 所要事項は、記入漏れのないようにしてください。
 ロ 医科・歯科・調剤・補装具・海外療養費・接骨・はりきゅう・マッサージ・その他(生血等)の該当のものにチェックをしてください。
 ハ 発病又は負傷の原因(特に外傷の場合)は、受傷の原因を詳しく記入してください。
 ニ 第三者行為に係る傷病の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。

事務処理欄

受付印	受付者	点数	点	備考	届出					
		費用額	円		取得					
		一部負担額	円	公費	なし	障	親	子	乳	青
		支給決定金額	円							
		一般・退職本人・退職扶養	領収証明	給付割合						
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 <input type="checkbox"/> パスポート(写) <原本確認済> <input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外療養費診療内容明細書・領収明細書及び翻訳文・照会に関する同意書									

