

支 決 定 給 伺	支 給 決 定 額	常 務 理 事	事 務 長	係
	円			

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	佐 齒 ・	(療養を受けた) 被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日
区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	マイナンバー				
傷 病 名		療 養 期 間		年	月	日 から 年 月 日 まで
診 療、薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院、診 療 所、薬 局 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称					
	所 在 地					
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	<input type="checkbox"/> 装具装着のため <input type="checkbox"/> 手続き中により、資格情報が登録されていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証等を持っていなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()					
治 療 の 内 容	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他					
発 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 通勤・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 (交通事故等) <input type="checkbox"/> その他					
療 養 に 要 し た 費 用	円	過 去 に 療 養 費 支 給 の 有 無	有 ・ 無			

振 込 先 下記申請組合員の口座をご指定ください。

_____ 銀行 _____ 本・支店

普通・当座 口座番号 _____

フリガナ

口座名義 _____

番号・名義等の正確な記載をお願いします。

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

年 月 日
〒

組合員 住所

氏名

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※添付書類は別紙をご参照ください。

支給年月日	年	月	日
-------	---	---	---

別紙

【添付書類について】

1. 医師の指示で治療用装具を装着したとき

保険診療において、保険医が治療上必要であると認めて、関節用装具、コルセット等の治療用装具を業者に作成させ患者に装着した場合には、その負担した費用が療養費の対象となります。

- ① 医師の診断書、装着指示書、意見書等の原本
- ② 領収書原本（装具の明細が記載されているもの）
- ③ 見積書原本
- ④ 請求書原本

2. 自費で治療を受けたとき

やむを得ない理由で、マイナ保険証等を提示しないで保険医療機関等で診療を受けた場合は療養費の対象となります。

- ① 診療報酬明細書（レセプト）原本
- ② 領収書原本

医療機関ごと、診察月ごと、個人ごとにそれぞれ申請が必要です。

3. 歯科医師国保組合加入後に以前の保険証を使用したことにより医療費の返還を求められ支払ったとき

歯科医師国保組合の被保険者として資格がある期間に、何らかの事情で医療費の請求が前医療保険者等に行われ、当該保険者から返還請求を受けて支払った場合は療養費の対象となります。

- ① 前保険者から送付された診療報酬明細書（レセプト）原本（未開封でご提出ください。）
又は同意書（記入・捺印済のもの）
- ② 前保険者に医療費を返還した際の領収書原本

医療機関ごと、診察月ごと、個人ごとにそれぞれ申請が必要です。

4. 小児用の治療用眼鏡を作成したとき

9歳未満の方が、小児弱視、斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡・コンタクトレンズ等を作成したときに療養費の対象となります。

- ① 療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示書の原本
- ② 眼鏡等を作成、または購入した際の領収書原本

※眼鏡を作成した小児の名前の記載された領収書原本が必要です。

5. 弾性着衣を購入したとき【広範なリンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍（乳がん・子宮がん等）の術後に発生する四肢のリンパ浮腫の治療または、原発性の四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とするとき】

一度に購入する弾性着衣は、洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着が限度です。パンティストッキングタイプの弾性ストッキングについては、両下肢で1着となることから、両下肢に必要な場合であっても2着が限度となります。また、経年劣化のため再度購入する場合は、前回の購入後6カ月経過後であれば、療養費の対象となるとされています。

- ① 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の作成指示書の原本
- ② 領収書原本（装具の明細が記載されているもの）

6. 生血液を輸血したとき

輸血は通常保存血液を使用し保険診療となりますが、輸血のために生血を求めた場合の生血代は療養費の対象となります。やむを得ず遠方から血液を取りよせた場合に要した移送費、運送費は、それらを含めて対象となります。ただし、親子、夫婦、兄弟等、親族から血液を提供された場合は対象外となります。

- ① 血液を必要とする医師の意見書の原本
- ② 血液代金の領収書原本

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合 TEL 0952-28-7551

記入例

決定額	常務理事	事務長	係
給伺	円		

8桁の被保険者番号

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号番号	佐歯・○○○○○○○○	(療養を受けた) 被保険者氏名 生年月日	組合五郎 昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日											
区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	マイナンバー	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
傷病名	右足関節外側靭帯損傷	療養期間	○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 年 ○ 月 ○ 日まで											
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地	名称	□□市△△町×-×												
	所在地	◇◇整形外科												
療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 装具装着のため <input type="checkbox"/> 手続き中により、資格情報が登録されていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証等を持っていなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()													
治療の内容	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他													
発病の原因	<input type="checkbox"/> 通勤・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 (交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> その他													
療養に要した費用	○○, ○○○ 円			過去に療養費支給の有無					有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無					

振込先 下記申請組合員の口座をご指定ください。

▲▲ 銀行 ◇◇ 本・支店

普通・当座 口座番号 6543210

フリガナ

口座名義 クミ アイ ハナ コ
組合花子

番号・名義等の正確な記載をお願いします。

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

〒○○○-○○○

組合員 住所 佐賀市西田代○丁目○番地○

氏名 組合花子

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※添付書類は別紙をご参照ください。

支給年月日	年	月	日
-------	---	---	---