

# 療養費の支給申請について

療養費の支給要件に該当する場合は、**療養費支給申請書**に必要事項をご記入の上、添付書類を添えて当組合までお送りください。

傷病原因が第三者行為(交通事故等)の場合は、別途届出していただく必要があります。

申請後、審査機関に提出するため、支払までに通常2～3ヶ月程かかりますのでご了承ください。

診療を受けた月の翌月1日から2年を経過すると時効により申請できなくなりますのでご注意ください。

療養費の種類	内 容	組合へご提出いただく書類
一般診療費	保険証を持参せずに医療機関にかかり、全額を支払ったとき	①療養費支給申請書 (医療機関ごとに申請書が必要) ②診療報酬明細書(レセプト) ③領収書(原本)
治療用装具	コルセット等を作成したとき	①療養費支給申請書 ②医師の意見書及び装着証明書 ③領収書及び明細書(原本) ④靴型装具の申請の場合は当該装具の写真 (患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
	小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成したとき (対象年齢:9歳未満)	①療養費支給申請書 ②医師の作成指示書(処方箋等) ③領収書(原本)
	四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	①療養費支給申請書 ②医師の弾性着衣等装着指示書 ③領収書(原本)
生 血 代	輸血のために生血を必要とし、生血代を支払ったとき ※但し親族からの輸血は対象外	①療養費支給申請書 ②輸血を必要とする医師の意見書 ③領収書(原本)
移 送 費	病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的の必要があり移送された場合の移送に要した費用を申請するとき	①療養費支給申請書 ②医師の意見書 ③領収書(原本)

返送用宛名ラベル ↓ 点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019 大阪市中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階 ☎ (06) 6946 - 9151

# 国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証記号番号	薬国	-	-																
療養を受けた被保険者 氏名・生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー）															
療養種別	<input type="checkbox"/> 一般診療【 <input type="checkbox"/> 医科(入院) <input type="checkbox"/> 医科(入院外) <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護】 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他																		
第三者行為又は 業務上の事故	<input type="checkbox"/> 第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当 <input type="checkbox"/> 非該当																		
傷病名				発病負傷 年月日	年 月 日														
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師又は薬剤師の氏名	名称 所在地 氏名																		
療養等の期間 (装具は装着日)	年 月 日から			療養に要 した費用	円														
				年 月 日まで															
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>																			
申請者 住所 _____ (組合員) _____ 氏名(自署) _____ 電話番号 ( ) _____ _____ 申請者の個人番号（マイナンバー） <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																			
<b>近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様</b>																			
振 込 先 欄	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所														
	預金種目	普通・当座	口座番号																
	フリガナ																		
	口座名義人																		

※(事務処理欄)

受 付 印	保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	給付割合	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割				
		<input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 未就学児	資格取得 年月日	令和 年 月 日				
支 給 決 定 金 額		決 裁	理 事	事 務 長	課 長	主 担 当	副 担 当	
¥ _____			令 和	年	月	日	決 定	