

「療養費支給申請書（治療用装具）の書き方」

■記入上の注意

1. 下記の「申請書の記入例」を参考にもれなくご記入ください。
2. **申請者は、「世帯主」**です。「世帯主」以外の口座に振込みをする場合は、「世帯主」自筆の「委任状」が必要となりますので、作成のうえ提出してください。
3. 申請書は、**月ごと、医療機関ごと、治療用装具ごとにそれぞれ1枚必要**です。

■申請書の記入例

別記様式第9号（第3条関係）										障 ・ 乳 ・ 子 ・ 親																			
国民健康保険療養費支給申請書																				① 医科・歯科・調剤 補装具・生血									
保険者番号		1		3		8		0		5		7		記号番号		05		□□		△△△△									
療養を受けた被保険者		氏名		文京 花子										世帯主との続柄		妻													
療養を受けた被保険者		個人番号																											
療養を受けた被保険者		生年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日																									
療養を受けた被保険者		医療機関等		名称		国保病院																							
傷病名		④ 第一腰椎圧迫骨折										⑤ 負傷の原因		② 1以外 労働災害・第三者行為															
診療月		⑥ 〇〇年 〇〇月 診療分																											
療養費の支給申請をした具体的な理由		⑦ 1 資格確認書等を持たずに医療機関等を受診した 2 遡って文京区国保の加入手続をした（遅れた理由） ③ 補装具の保険契約がなかった 4 他の健保等に医療費の返還をしたため 5 海外の医療機関で受診した（渡航の目的） 6 その他（										資格取得日		届出日		証明発行		療養に要した費用											
療養費の支給申請をした具体的な理由		【在留期間										～		】		円													
文京区長 殿		上記のとおり証明書類を添えて申請します。 支給額は下記振込口座に振込みをしてください。										⑧		〇〇年 〇〇月 〇〇日															
世帯主住所		〒 112-8555 文京区春日 〇丁目〇番〇号										電話		03-□□□□-△△△△															
世帯主氏名		⑨ 文京 太郎										個人番号																	
窓口に来た人（該当に○）		世帯主 ・ 同一世帯員 ・ 代理人 氏名 文京 花子																											
備考																													
振込先金融機関		銀行		信用金庫		信用組合		支店		⑩ 文京 シビック		預金種類		1 普通		2 当座		3 貯蓄		口座番号		1 2 3 4 5 6 7		名義人氏名（フリガナ）		ブンキョウ タロウ			
金融機関番号		1		2		3		4		店番号		9		9		9								文京 太郎					

① マイナポータル、資格確認書、資格情報のお知らせに記載の記号・番号を記入してください。

記号=05・（2桁）
番号=（4桁）
枝番=（2桁）

※枝番が記載されていない場合、記入は不要です。

② 療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、個人番号および世帯主との続柄を記入してください。

③ 装具の作成指示を受けた医療機関等の名称を記入してください。

④ 診断書等に記載されている傷病名を正確に記入してください。

⑤ 負傷した原因に○をしてください。
1の労働災害、第三者行為に該当する場合、原則として保険給付はできません（国保給付係にお問合せください。）。

⑥ 医師の診断年月日を記入してください。

⑦ 3「補装具の保険契約がなかった」に○をしてください。

⑧ 申請書に記入した年月日を記入してください。

⑨ 「世帯主」の郵便番号、住所・氏名・個人番号・電話番号を記入してください。

⑩ 「世帯主名義」の預金口座事項を記入してください。ゆうちょ銀行の場合は「振込用の口座」事項を記入してください。

なお、世帯主以外の口座に振込む場合は、世帯主自筆の委任状が必要となりますので、作成のうえ提出してください。

金融機関番号および店番号が不明の場合は、記入不要です。

■申請に必要なもの

1. 療養費支給申請書
2. 治療用装具を必要とした医師の意見書または証明書（医師の指示日及び装着確認日の記載があること）
※靴型装具については当該装具の写真を添付（実際に装着する現物であることが確認できること）
3. 内訳の記載がある領収書（型番等内訳及び義肢装具士の氏名の記載があるもの）
4. 世帯主または受診者のマイナ保険証又は国民健康保険資格確認書
5. 窓口へお越しになる方の本人確認書類
6. 世帯主と受診者のマイナンバー確認書類

■注意事項

1. 申請期間は代金を支払った日の翌日から2年間です。
2. 申請できる方は、受診時点において文京区国民健康保険に加入している方です。
3. 申請者は世帯主です。世帯主以外の口座に振込みを希望する場合は、世帯主自筆の委任状が必要です。
4. 国民健康保険資格取得日から14日を過ぎて加入手続きをしている場合、原則、国民健康保険の資格開始届出日以降の診療分のみ申請できます。
5. 提出された申請書は、審査機関へ送付して審査します。このため、申請時から3か月ほど後に世帯主の口座に振込となります。

■受付窓口およびお問い合わせ先

文京区役所 国保年金課 国保給付係 文京シビックセンター11階 南側 ①番窓口

〒112-8555 東京都文京区春日1丁目16番21号

電話番号：03-5803-1193