

「療養費支給申請書（立替払等）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、入院、外来、月ごと、医療機関ごとにそれぞれ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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〔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 0 5 - | | □ □ | | △ △ △ △ | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療 養 等 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 等 | | 名 称 国 保 病 院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 | | 感 冒 （ か ぜ ） | | | | | | | | | | 負 傷 の 原 因 | | 1 労 働 災 害 ・ 第 三 者 行 為 2 1 以 外 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 療 月 | | 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 | | ① 資格確認書等を持たずに医療機関等を受診した ② 遑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 | | 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。 | | | | | | | | | | 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 | | 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 | | 振 込 先 金 融 機 関 | | | | | | | | | | 預金種類 | | 口座番号 | | 名義人氏名(フリガナ) | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ 文京 信用金庫 シビック | | 支店 ① 普通 | | | | | | | | | | 2 当座 4 貯蓄 | | 1 2 3 4 5 6 7 | | 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 療養を受けた医療機関等の名称を記入してください。調剤の場合は、薬局名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。なお、診断書等を見ることができない場合は記入不要です。

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 診療月を記入してください。

⑦ 資格確認書等を使えなかった理由に○をしてください。
2、6の場合、理由も記入してください。

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、別に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. レセプト

※レセプトは傷病名・処置内容等の記載がある診療内容の明細書です。医療機関で会計時に発行される診療明細書とは異なります。

3. 領収書

4. 世帯主の預金口座（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号のわかるもの）

5. 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

6. 窓口へお越しになる方の本人確認書類

7. 世帯主と受診者のマイナンバー確認書類

■注意事項

1. 保険の給付対象とならない消費税額等は支給されません。

2. 申請期間は療養を受けた日の翌日から2年間です。

3. 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。

4. 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。

5. 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。

6. 提出された申請書は、審査機関へ送付して医療処置が適切であったかを審査します。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