

## 療養費支給申請書について

### 【診療費】

急病等で手元に有効なマイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）や資格確認書を持たずに医療機関等を受診した場合は、医療費を全額医療機関等の窓口でお支払いください。

後日組合に療養費の支給申請をすることで保険給付分から一部負担を除いた額（保険給付分の7割または8割分）が返金されます。

#### ・提出書類

- ① 国民健康保険療養費支給申請書  
（振込先は原則として、組合員名義の口座を指定してください。）
- ② 医療費明細書
- ③ 領収書

#### 【提出先・お問い合わせ先】

〒640-8287

和歌山市築港1丁目4-7

和歌山県歯科医師会館

全国歯科医師国民健康保険組合

和歌山県支部

TEL 073-422-3003/ FAX 073-423-3063

保 險 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄					申 請 年 月 日	.				.								
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分				診 療 費				資 格 特 定 支 給					
	0 9 3 0 1 3														一 部 負 担 金					
	法 制 番 号		区 分				診 補 柔 そ				医 歯 調 入 外				証 明 書 疾 病 割 合					
	一 般	退 職	本 人	家 族	未 就 学 児	高 (現 役 並 み)	高 (一 般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	減 額 認 定	減 免
75	67	1	2	3	7	9												1	1	2

## 国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	記号・番号	全歯	-		療養を受けた 被保険者 氏名等			組合員 との続柄
	傷病名				男・女	年 月 日生		
	発病又は負傷 年月日	年 月 日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地							
	診療または調剤に従事した医師、歯科医師または 薬剤師の氏名							
療養の給付を 受けなかった 理由				発病の 原因			療養に要した費用  円	
				傷病の 経過				
				療養 内容				
業務上・外、 第三者行為 (交通事故等) の有無	1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故等)である 3. その他			備考				
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します。								
				〒		住所		
				組合員				
				氏名		⑩ ※自署の場合は 押印省略可		
				全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿		TEL (      -      -      )		
支 払 方 法	2・口座 振込	フリガナ			金融機関コード	-		
	銀行・信組 信金・農協	本・支店 支所	種別	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)		
			1 普通					
			2 当座					

決 定 額	費 用 額			円
	負 担 区 分	支部決定額(保険者負担額)		1
		一部負担金		2
		他法負担分	他法優先	3
		国保優先	4	

係



支部長	支部常務	係

