

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 確認 | 係 |
| | | | |

療養費支給申請書 (立替払・返還等 治療用装具 海外療養費)

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 様

| | | | | |
|-------------------------------|--|-------|---|--|
| 療養を受けた被保険者氏名 | フリガナ | | 性別および生年月日 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 昭・平・令 年 月 日生 | |
| 被保険者等記号番号 | | | 第三者行為該当の有無 | |
| 歯国 . - | | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 療養の給付を受けられなかった理由 | <input type="checkbox"/> 手続き中により、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証等を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者等の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 装具装着のため <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 傷病名とその原因 | | | | |
| 治療内容 | 発病または負傷年月日 | | 療養に要した費用額 | |
| | 年 月 日 | | 円 | |
| 療養を受けた医療機関 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 療養を受けた期間 | 年 月 日から | | 年 月 日 日間 | |
| (うち、入院期間) | 年 月 日から | | 年 月 日 日間 | |
| 振込指定金融機関 | | | 預金種目 | |
| <input type="checkbox"/> 銀行 | <input type="checkbox"/> 支店 | | <input type="checkbox"/> 普通 | |
| <input type="checkbox"/> 金庫 | <input type="checkbox"/> 出張所 | | <input type="checkbox"/> 当座 | |
| ※振込指定金融機関は、組合員本人またはその家族に限ります。 | | 口座名義人 | フリガナ | |
| | | | | |

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

(〒 -) TEL ()

組合員 住所 _____
氏名 _____ (印)

※申請対象が家族であっても、組合員本人の署名・捺印をお願いします。

【添付書類について】

- ①医療機関に立替払をしたとき：医療機関発行の領収書、診療報酬明細書（レセプト）
- ②保険者等（市区町村を含む）に診療費を返還したとき：
保険者等（市区町村を含む）発行の領収書、診療報酬明細書（レセプト）
- ③治療用装具をつけたとき：装具代金の領収書・明細書、医師の意見書、装具装着証明書
※靴型装具を装着した場合は、装具の写真の添付（複数枚可）も必要です。
【靴型装具の写真撮影方法について】
※受け取った装具の全体像が確認できるように撮影してください。
※ロゴ・タグ・サイズ表記部分も確認できるように撮影してください。
- ④海外で治療を受けたとき：領収明細書（和訳済）、診療内容明細書（和訳済）、調査に関わる同意書、パスポート写し（渡航先・渡航期間と本人確認ができるページ）
※パスポートの写しで渡航証明できない場合、出国・帰国分の航空券半券や搭乗証明書等