

支給日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係	支給金額	本人確認
				円	個人番号 台 身 帳 元
療養費支給申請書					
被保険者記号・番号 <small>(マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等 を確認して記入)</small>	鹿歯・鹿歯従		枝番【 】		
療養を受けた 被保険者の氏名			昭平令	年	月 日
生年月日・個人番号	組合員との続柄				
傷病名					
発病、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、薬剤の支給又は手当を受けた 医療機関等の名称及び所在地	所在地				
	名称				
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
発病の原因 ※必須	※通勤途中の怪我・仕事上の負傷は、原則、支給対象外となります。 ※交通事故やけんか等、第三者の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は、第三者行為の届出が必要になることがあります。 <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
傷病の経過		療養の内容			
療養の給付を受けることが できなかった理由					
療養に要した費用	円				
過去2年間に療養費の支給 を受けたことがあるか	ある (年 月 日) ない				
振込先	銀行 金庫		店		
	1. 普通 2. その他 ()	口座番号 No. (フリガナ) 口座名義			
上記のとおり申請します。 <small>※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください</small>					
令和 年 月 日					
(〒 -)					
組合員本人 住所					
氏名 (印)					
(電話番号* - -)					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※本申請書には必ず療養に要した費用に関する証拠書類を添付してください。詳細は裏面をご覧ください。

※組合員本人の身元確認書類(運転免許証のコピー等)を必ず添付してください。

※支給の効力は国民健康保険法により2年となります。

療養費支給申請書と組合員本人の身元確認書類（運転免許証やマイナンバーカードの写し等）に加えて、療養に要した費用に関する証拠書類として以下の書類を添付してください。

1. 医療費の全額を支払ったとき

① やむを得ない事情で歯科医師国保の資格を提示できず、医療機関で医療費を10割負担したとき

- ・ 傷病名や診療内容等の記載がある診療報酬明細書（レセプト）※1
- ・ 領収書（原本）

※1 診療報酬明細書は医療機関の窓口で領収書と一緒に発行される診療明細書・調剤明細書とは内容が異なります。医療機関へ療養費の申請に必要なことを伝え、発行を依頼してください。

② 歯科医師国保の加入期間中に、他の保険者の資格を使用し、医療費の返還をしたとき

- ・ 保険者から発行された診療報酬明細書（レセプト）※2
- ・ 医療費返還時の領収書（原本）

※2 封函された状態で発行された場合は開封せずにそのまま添付してください。保険者から発行されていない場合は、発行を依頼してください。

2. 治療用装具を購入、装着したとき

① コルセット、サポーター等

- ・ 医師による治療用装具製作指示装着証明書（原本）
- ・ 装具現物の写真（靴型装具の申請時のみ）
- ・ 装具の名称、種類、内訳別の価格、義肢装具士の氏名、オーダーメイドまたは既製品の別（既製品の場合は製品名を含む）が記載された領収書（原本）

② 悪性腫瘍術後のリンパ浮腫治療用弾性着衣

- ・ 医師による弾性着衣等装着指示書（原本）
- ・ 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書（原本）

③ 小児弱視等の治療用眼鏡等

- ・ 医師による治療用眼鏡等作成指示書（原本）
- ・ 視力等の検査結果（作成指示書に検査結果が記載されていない場合のみ）
- ・ 治療用眼鏡代であることが記載された領収書（原本）

■ その他の事由による申請の場合は、個別にお問い合わせください。

- 例) ・ 生血液を輸血したとき ・ 海外渡航中に診療を受けたとき
 ・ 臍帯血を搬送したとき 等

■ 事前に申し出がある場合に限り、領収書は「支給済」と朱記した形で返却可能です。