



決	常務理事	事務長	課長	係
裁				

療養費支給申請書 (□立替払・返還等、□治療用装具、□海外)

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

療養を受けた被保険者	フリガナ	性別および生年月日		
	氏名	□男性 昭・平・令	□女性	年 月 日生
被保険者証記号・番号		区分	第三者行為によるものですか	
歯 国	—	□本人 □家族	□はい □いいえ	
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		発病または負傷の原因		
治療の内容		発病または負傷年月日	療養に要した費用	
		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 日まで 日間			
上記のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
振込指定金融機関		預金種目	口座番号(右つぎ記入)	
<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、組合員本人または組合員家族に限ります		フリガナ		
		□座名義人		

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日

(印) ( ) ( )

自宅住所

組合員本人氏名 (印)

※申請対象が組合員家族であっても組合員本人で加入の方の氏名・捺印をお願いします。

申請時の添付書類について

- 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)
- 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)
- 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
- 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でも構いません