

診療費

- ・緊急やむを得ない理由により被保険者証を提示できず医療機関等にかかった場合
- ・資格喪失後の被保険者証を使用し、以前加入していた保険者に返金した場合 等

提出先

所属の料飲国保加入団体

添付書類

「診療報酬明細書」
「領収書」

① 療養を受けた方の被保険者証記号番号・氏名・生年月日・性別を記入

・個人番号の記入は不要です。

② 傷病の原因を詳しく記入

④ 傷病名・療養を受けた医療機関等の名称・所在地を記入

⑨ 申請日・住所・（准）組合員の氏名を記入・押印

- ・事業主世帯・・・事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯・・・従業員の氏名を記入してください。
- ※（准）組合員が死亡された場合は、相続される方の住所・氏名を記入してください。
- ・自署の場合は押印不要です。
- ・個人番号の記入は不要です。

療養費支給申請書

被保険者証記号番号	料	〇〇〇〇-〇〇〇〇	療養を受けた被保険者	氏名	料飲 太郎						
個人番号			生年月日	〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
傷病の原因	例) 外出先で頭痛が激しくなりやむを得ず受診した			発病又は負傷年月日	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	
傷病名	〇〇〇〇〇〇			療養の給付を受けることが出来なかった理由	<input checked="" type="radio"/> 被保険者証を持たずに受診したため (別紙 有・無) <input type="radio"/> 装具装着のため <input type="radio"/> その他()						
療養を受けた医師・歯科医師名 医療機関等の名称・所在地	〇〇〇〇医師 〇〇〇〇〇〇病院 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地			療養の期間	自	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
					至	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
				療養に要した費用	3,000		円				
				業務上・第三者行為の有無	業務上(<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)		第三者行為(<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)				
<p>・上記のとおり、必要書類を添えて申請します。</p> <p>京都料飲飲食業国民健康保険組合理事長 様</p> <p>〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地</p> <p>組合員 (准組合員)</p> <p>氏名 料飲 太郎 <input checked="" type="radio"/></p> <p>個人番号</p>											
<p>当組合では、組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。</p>											

③ 発病又は負傷年月日を記入

⑤ 「被保険者証を持たずに受診したため」に

⑥ 期間は、受診日の初めの日を上段に記入
受診日の終わりの日を下段に記入

⑦ 領収書の金額を記入

⑧ 業務上・第三者行為の有無を記入

- ・傷病が業務上による場合は、「有」に○印をしてください。
- ・傷病が第三者行為による場合は、「有」に○印をしてください。
- ・「有」の場合、支給できないことがあります。