係 員	給付割合				決 定 額							
	一般7割		未就学児8割		一部負担金							
	高齢	8	8Ⅱ	9	9Ⅱ	支 給 額						
		現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ								

療養費支給申請書

(・一般 ・歯科 ・調剤 ・補装具 ・小児眼鏡 ・はりきゅう ・マッサージ ・柔道整復) (外来・入院)

＊太わく内を被保険者が記入してください。

（※）個人番号を記載の場合は、組合員の番号確認及び身元確認書類の添付が必要になります。

被保険者	記 号	84ー	番 号					
受診者氏名				生年月日	年 月 日	組合員との続柄	
個人番号（※）							
傷 病 名				発病・負傷年月日	年 月 日		
療養期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間						
療養を受けた医療機関・薬局等	所在地						
	名 称			医師・薬剤師等の氏名			
療養費の支給申請をした理由（保険診療が受けられなかった理由）							
発病・負傷の原因							
発病・負傷の原因は第三者行為によるものですか。	いいえ ・ はい			療養に要した費用			

○ 組合員名義の口座をご指定ください。

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 （ ）	本店 支店
	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ		
	名 義 人		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

組合員	住 所（自 宅）	〒		
	氏 名		電話番号（自宅・携帯）	
	個人番号(※)			

東京都弁護士国民健康保険組合 理事長 殿

[K6]20241202