

国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号																							
保険者番号									海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当							
記号・番号									受給者名						性別	男・女							
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																							
生年月日	3 昭 和	4 平 成	5 令 和					年			月			日	住所								
公費負担	有・無	公費負担者番号													公費受給者番号								
保険種別	1国保 4退職																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0													
	本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7													
療養費種別	1:一般診療			2:補装具	3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゆう	6:看護	7:移送	8:その他		10:生血											
	1:医科	3:歯科	4:調剤							()													
傷病名									補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日	平成 令和			年		月		日						
診療期間	~											診療実日数			日								
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名									医療機関 コード														
療養の給付を受けることができなかった理由																							
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																							
令和	年	月	日																				
										住所	_____												
										申請者 氏名 (世帯主)	_____						(※)						
(※) 本人が手書き(署名)しない場合は、記名押印してください。																							
(あて先)										長	(電話番号						-	-)				
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合				本店				口座 種別	1 普通	口座 番号												
	信用金庫 信用組合				支店					2 当座		口座 名義	カタカナ										
銀行 コード				支店 コード				3 その他	()	漢字													
	費用額				保険者負担額				一部負担金				他法負担分 ()		公費患者負担分		指定公費(1割) 70~74歳						
請求																							
決定																							