

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 きゅう	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)				印									
(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																
銀行 コード				支店 コード		3 その他	()	口座 名義	カタカナ												
									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																					