国民健康保険療養費支給申請書

色付き部分に必要事項を記入してください。

原書番号	受付年月日	整理番号
1	令和　年　月　日	

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7

フリガナ	コクホ　タロウ		
被保険者氏名（患者名）	国保　太郎	男1 ・ 女2	
生年月日	3 昭・4 平・5 令　35年12月12日		
住民コード・員番			
被保険者の個人番号			

医療種別	国保	退職		割合	7割	8割	9割	
	1	本人3	扶養4		7	8	9	

世帯主との続柄	福祉医療	老人	乳児	重度障害	母子	こども
		41・42	80・81	43・44・82・83	84・85	47・48

受給者番号

月　日

治療を受けられた方、装具を作られた方の氏名等を記入してください。

病院、診療所、薬局その他の者の名称及

従事し
又は

相手のある交通事故の場合「1有」
自損事故、病気やケガの場合「2無」

交通事故等による第三者行為	1 有	2 無

1	2						表別			入院		外来	
一般診療 国内海外	治療用装具	柔整	マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	1 医科	3 歯科	4 調剤	1 本入	7 高入一	2 本外	8 高外一
										3 六入		4 六外	
										5 家入	9 高入7	6 家外	0 高外7

傷病名		
負傷年月日	4平成 5令和　年　月	
ハリ・灸・アンママッサージ	初検日 4平成・5令和　年　月　日　第　回	

日間

世帯主の方の氏名等をご記入ください。
押印も必ずお願いします。

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。

令和□年□月□日

申請者（世帯主）　〒□□□－□□□□
住所　伊丹市千僧〇丁目〇〇〇番地

氏名　国保　太郎　㊞　電話　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

申請者の個人番号		保険者番号	280081

受取方法	口座振込 窓口	銀行コード		支店コード		
		伊丹	銀行 信用(金庫・組合 農協)	伊丹	支店 出張所 支所	
預金種別	普通 当座	口座番号	1234567			
フリガナ	コクホ　タロウ					
口座名義人	国保　太郎					

世帯主の方の口座情報をご記入ください。
※世帯主の方以外の口座をご指定の場合は委任状が必要です。

金額欄			

下記のとおり決定します。　令和　年

総療養費		

決裁	課長	副課長	課長補佐	係長	係		未納保険料
							有 ・ 無