

国民健康保険療養費支給申請書

色付き部分に必要な事項を記入してください。

被保険者番号				原書番号				受付年月日				整理番号			
フリガナ				1				令和 年 月 日							
被保険者氏名 (患者名)				医療種別				退職				割合			
男1				国保				本人3 扶養4				7割 8割 9割			
生年月日				世帯主の続柄				福祉医療				老人乳児 重度障害 母子 子ども			
3 昭・4 平・5 令 年 月 日 女2								41・42 80・81				43・44・82・83 84・85 47・48			
住民コード・員番				公費				公費番号				受給者番号			
被保険者の個人番号				国保資格取得日				3 昭・4 平・5 令 年 月 日							
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地															
従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名								交通事故等による 第三者行為				1 有 2 無			
種 類				表 別				入 院				外 来			
1 2 3 4 5 7 8				1 3 4				1 本入 7 高入一				2 本外 8 高外一			
一般診療 治療用 柔 整 アンマ マッサージ ハリ・灸 移送 その他				内科 歯科 調剤				3 六入				4 六外			
国内 海外 装 具								5 家入				9 高入7 6 家外 0 高外7			
傷病名				療養期間				平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				日間			
負傷年月日				4平成 5令和 年 月 日				療養に要した費用				審査決定金額			
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							
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。															
申請者 〒 ー (世帯主) 住所 _____ 令和 年 月 日															
氏 名 _____ ⑩ 電話 () ー _____															
申請者の個人番号								保険者番号							
								280081							
受取方法				銀行コード				支店コード				金額欄			
口座振込 窓 口				銀 行 支 店 信用(金庫・組合) 出張所 農 協 支 所											
預金種別				普通当座				口座番号							
フリガナ															
口座名義人															
下記のとおり決定します。								海 外 療 養 費							
令和 年 月 日								渡航先国名 ()							
総療養費				支給決定金額				通貨単位 ()							
決 裁				課長 副課長 課長補佐 係長 係				未納保険料				有・無			