

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												
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) 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			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																							