

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		1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	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		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。																					
平成 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		カタカナ							
		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		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																					