

国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号															
1	9	0	0	8	2										
加入制度		本家入外区分								決定額					
1	国保	1	本入	3	六入	5	家入	7	高一入	9	高7入				
4	退職	2	本外	4	六外	6	家外	8	高一外	0	高7外				
										一部負担額					
										支給額					
										公費負担		福		障	

支給申請書受理番号: _____

国民健康保険療養費支給申請書							一般診療								
0101	0103	0104	02	03	04	05	06	07							
医科	歯科	調剤	補 装 具	柔 整	マ ッ サ ー ジ	は り き ゆう	生 血	移 送							

* 太枠の中のみご記入ください

(世帯申請主者)	住所																			
	氏名	㊟																		
	電話番号																			
	個人番号																			
被保険者番号			療養を受けた被保険者氏名																	
世帯番号		受診者宛名番号																		
被保険者の個人番号			生年月日			昭和・平成・令和			年			月			日					
傷病名			性別			男・女														
発病負傷年月日			年			月			日			性別			男・女					
療養期間(調剤・施術)			年			月			日から			年			月			日まで(日間)		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者		名称	病院・医院・診療所・薬局																	
		所在地																		
療養費の支給申請をした理由(被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)			<input type="checkbox"/> 医師の診断により治療用装具が必要となったため <input type="checkbox"/> 誤って他保険者の被保険者証を使って受診したため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)						診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名											
発病又は負傷の原因			<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) … 届出 済・未済 <input type="checkbox"/> 自然発症 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)						療養に要した費用											
									百万 十万 万 千 百 十 円											

上記のとおり、療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。下記口座にお振込ください。

年 月 日

振込先口座情報	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。															
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する															
	金融機関等名称			銀行・信用金庫 信用組合・協同組合				金融機関コード								
	支店名称			支店・支所・()				支店コード								
口座番号							口座種別			普通・当座						
口座名義人		フリガナ														
		氏名														
(世帯主と預金名義人が異なる場合は、この欄に署名・押印してください)																
上記名義人口座への振込を了承します。												世帯主氏名			㊟	

備考

【滞】 あり・なし / 【重度】 あり・なし / 【子ども医療(18歳以下)】 あり・なし