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

1 国保
4 退職

本家入外区分

1 本入	3 六入	5 家入	7 高一入	9 高7入
2 本外	4 六外	6 家外	8 高一外	0 高7外

決定額							
一部負担額							
支給額							
公費負担	福		障				

支給申請書受理番号：

一般診療

0101 医科	0103 歯科	0104 調剤	02 補装具	03 柔整	04 マッサージ	05 はりきゅう	06 生血	07 移送

国民健康保険療養費支給申請書

＊太枠の中のみご記入ください

（世帯主）		
申請者	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			
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（被保険者の資格が確認できるもの（資格確認書類）で治療等が受けられなかった具体的な理由）	☐ 医師の診断により治療用装具が必要となったため ☐ 誤って他保険者の資格確認書類を使って受診したため ☐ 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	☐ 第三者行為（交通事故等） … 届出　済・未済 ☐ 自然発症 ☐ 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

☐**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。

☐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