ID :99002

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										
	1:医科	3:歯科	4:調剤	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

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）　　　　　　　　　　㊞

（あて先）　　　　　　長

（電話番号　　　－　　　－　　　）

振込先（世帯主名義）	銀行　協同組合 信用金庫　信用組合	本店 支店	口座種別	1 普通 2 当座 3 その他（　　）	口座番号	
	銀行コード	支店コード			口座名義	カタカナ 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						