

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		10		第三者行為		1:該当						
記号・番号				受給者名																		
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											
		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		7:移送																				
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														
		銀行 コード		支店 コード				3 その他 ()		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																						