

## 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		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		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 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 _____ (印)				(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				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																					