

国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号

1 9 0 7 9 3

加入制度

1. 国保
2. 退職

本家入外区分

1本入	3六入	5高一入	9高7入
2本外	4六外	6高一外	0高7外

決定額				
一部負担金				
支給額				
公費負担	81・	82・	83	

(一般 ・ 歯科 ・ マッサージ ・ 生血 ・ はり ・ きゅう ・ 移送)

(世帯主)	申請者名	住所	昭和町								
		氏名	印 〇 — —								
		記号・番号									
	療養を受けた被保険者氏名及び個人番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	傷病名	発病・負傷年月日	平成	年	月	日					
	療養期間(調剤・施術)	平成	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間(日数)
	診療薬剤の支給または手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の名称	病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 診療所 ・ 薬局									
	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)	1. 医師の診断により(補装具・生血・移送)を必要とした。 2. 国民健康保険証を所持しないでの受診。 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため。 4. その他()									
	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	療養に要した費用	百万	十万	万	千	百	十	円		
療養費振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店								
	口座番号	口座種別	普通・当座								
	(フリガナ)										
	口座名義人										
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)											
上記名義人口座への振込を了承します。											
世帯主名					印						

※交通事故・傷害等の第三者行為による傷病の場合は、別途お手続きが必要になりますのでお申し出ください。