

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					本家人外区分										
1国保					1本入	3六入	5家入	7高一入	9高7入						
4退職					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															
818283															
支給申請書受理番号:															
国民健康保険療養費支給申請書															
一般診療															
010101030104020304050607															
医科歯科調剤補装具柔整マッサージはりきゅう生血移送															
(世帯申請主)住所 昭和町															
氏名															
電話															
申請者の個人番号															
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 生															
傷 病 名															
発病負傷年 月 日															
令和 年 月 日															
性 別															
男 ・ 女															
療養期間(調剤・施術)															
令和 年 月 日から 月 日まで 日間(日数)															
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地															
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)を必要としたため。 2. 国民健康保険証を所持せずに受診したため。 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															
発 病 又 は 負 傷 の 原 因															
1. 第三者行為(相手方に起因する負傷等) 2. 自損事故(単独での交通事故) 3. その他(転倒・病気によるもの等)															
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為															
有 ・ 無															
療養に要した費用															
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。															
令和 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。															
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。															
<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する															
フリガナ															
口座名義人															
銀行コード															
支店コード															
振込先金融機関															
銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合															
支 店															
口座番号															
口 座 種 別															
普通 ・ 当座															
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)															
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名															
備考															