

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 4退職		本家入外区分 1本入 3六入 5家入 7高一入 9高7入 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 81 82 83									
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 0101 医科 0103 歯科 0104 調剤 02 補装具 03 柔整 04 マッサージ 05 はりきゅう 06 生血 07 移送													
(世帯主)	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	被保険者氏名											
被保険者の個人番号													
傷病名							生年月日	昭和 年月日 生					
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・薬局其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つた具体的な理由)	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)						療養に要した費用						
交通事故等の第三者行為	有 · 無												
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 _____													
振込先 金融機関	銀行コード						支店コード						
							銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合						
	口座番号						支 店 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													