

# 国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号	1 9	療養を受けた	被保険者名		
記号・番号			生年月日	3. 昭 4. 平	
公費負担者番号			性別	1. 男 2. 女	入外 1. 入院 2. 外来
公費受給者番号			給付割合	7割 8割 9割	日数
資格区分	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職扶養		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
前期高齢・三歳未満	1. 前期高齢者 2. 六歳未満		療養の種類	1. 一般診療(海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 7. 移送費 8. その他	
診療年月	平成 年 月 診療		※ 傷病名	※ 発病又は 負傷年月日	年 月 日
※ 診療・薬剤の支給又は 手当を受けた病院・ 診療所・薬局等		所在地			
		名称及び医師 又は薬剤師氏名			
※ 発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過					
療養の給付、 入院時食事 療養費等の支給 又は特定療養費等 の支給を受ける ことのできなかつた 理由		1. 旅行中発病し被保険者証を所持していなかった。 2. 旅行中発病し被保険者証を提出したが、保険診療をしてもらえなかった。 3. 遠隔地の被保険者証を提出したが、保険診療をしてもらえなかった。 4. 保険診療していない病院・診療所等での診療を必要とした。 5. 医師の診断により(治療用装具・生血・移送)を必要とした。 6. その他 ( )			
療養に要した費用額		食事等に要した費用			
薬剤一部負担金		食事等標準負担額			
一部負担金		支給額			
振込先	金融機関名・コード		本・支店コード		
	口座種別	普通 当座 貯蓄 窓口払	口座番号		
	口座名義人	フリガナ			
漢字					
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。 平成 年 月 日					
		申請者 (世帯主)	住所 氏名 電話		
		長 殿	(印)		

