

国民健康保険療養費支給申請書

保 険 者 番 号														
1	9	0	0	6	6									
加入制度		本家入外区分												
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						福		障						
支給申請書受理番号:						一般診療								
国民健康保険療養費支給申請書						0101	0103	0104	02	03	04	05	06	07
						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
(世帯主)	申請者	住所名												
		(連絡先)電 話												
		世帯主氏名												
申請者の個人番号														
被保険者番号		401-				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														
傷 病 名						生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日 生						
発病負傷年月日		年 月 日				性 別								
療養期間(調剤・施術)		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・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>								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								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。						百万	十万	万	千	百	十	円		
令和 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。														
☐ 公金受取口座を利用します(※公金受取口座の登録を済ませた世帯主の方が対象)														
利用する場合は、口座情報の記載と通帳等の写しの提出が不要になります。														
☐ 以下の口座に振込を希望します														
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							
	(右詰前0)口座番号							口 座 種 別		1・2 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。 世帯主氏名														
備考														