

## 国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号													
保険者番号				海外療養費			1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当
記号・番号				受給者名				性別		男・女			
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号													
生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年		月		日		住所		
公費負担	有・無	公費負担者番号						公費受給者番号					
保険種別		1国保 4退職											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
		本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7		
療養費種別		1:一般診療			2:補装具	3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゅう	6:看護	7:移送	8:その他 ( )		10:生血
		1:医科	3:歯科	4:調剤									
傷病名						補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日		平成	年		月	日	
診療期間	~							診療実日数			日		
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名				医療機関 コード									
療養の給付を受けることができなかった理由													
上記のとおり関係書類を添えて申請します。													
平成 年 月 日				住所 _____ 申請者 氏名 _____ (印) (世帯主)									
(あて先) _____ 長				(電話番号 _____ - _____)									
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合			本店		口座 種別	1 普通	口座 番号					
	信用金庫 信用組合			支店			2 当座		口座 名義	カタカナ			
銀行 コード				支店 コード		3 その他 ( )		漢字					
	費用額		保険者負担額		一部負担金		他法負担分 ( )	公費患者負担分		指定公費(1割) 70~74歳			
請求													
決定													