

国民健康保険 療養費支給申請書

保険者番号		(療養を受けた) 被保険者氏名	
記号・番号		生年月日	年月日
公費負担者番号		性別	1.男 2.女 日数 日
受給者番号		入外区分	1.入院 2.外来 食事日数 日
個人番号		第三者行為	有・無
保険制度	1.国保 4.退職(退職本人・退職扶養)	給付割合	7割 8割
高齢者・乳幼児	1.70歳以上高齢者・2.6歳(未就学者)	療養期間	年月日から
診療年月	年月診療		年月日まで
療養費種類	1.一般診療(1.海外療養費) 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 9.標準負担額差額 10.生血		
傷病名	疾病コード		受領委任コード
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称	機関コード		
	発病又は負傷の原因		長期 長期高額 1.低I 2.低II
申請の理由			
診療・調剤又は手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称			第二法別
療養に要した費用(A)		支給額	
一部負担金(B)			
食事基準額(C)		審査会認定(A)	
食事標準負担額(D)		審査会認定(C)	
振込先	銀行名/コード	支店名/コード	支店
	口座番号	預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄 0.窓口払
	フリガナ		
	口座名義人	備考	
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いたします。			
年月日			
世帯主住所 氏名 個人番号 電話			
(あて先) 四街道市長 様			