

国民健康保険・療養費支給申請書

記入例

保険者番号	1 3 8 4 6 1	療養を受けた	被保険者氏名	補装具を作成した方を記入してください。					
被保険者記号番号	46 - 00 - 1111 (枝番) 02		個人番号(12桁)	1234 - 0000 - 1234					
公費負担者番号			生年月日	昭和 平成 令和	00年 00月 00日				
公費受給者番号			性別	1. 男 2. 女	入外	1. 入院 2. 外来			
資格区分	一般	給付割合	7割 8割 9割	日数	日				
診療年月	平成 令和	療養期間	平成 令和 平成 令和	補装具を入院時か外来時のどちらで作製したか○をつけてください。					
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. 針灸 6. 移送費 7. その他(生血)								
傷病名	補装具作製の証明書に記載の傷病名を記入してください。								
診療を受けた医療機関等の所在地									
診療を受けた医療機関名又は施術師									
支給申請をした理由	補装具製作所に国保契約なしのため								
発病又は負傷の理由	負傷した理由を記入してください(「転倒したため」等)。								
療養に要した費用額		食事回数		回					
審査認定額※1		食事に要した費用							
薬剤一部負担金		食事標準負担額							
一部負担金		支給額							
<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓を付けた場合、以下の振込先口座の記入は不要です。									
振込先	銀行名・コード	武蔵村山銀行	1 2 3 4	支店名・コード	村山支店	1 2 3			
	口座種別	普通	当座 貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	口座名義人	フリガナ	コ ク ホ	タ ロ ウ					
	漢字	国 保	太 郎						
※世帯主と振込先口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。 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。 武蔵村山市長 殿 世帯主 住所 武蔵村山市本町1-1-1 氏名 国保太郎 電話 042-565-1111 個人番号 1 2 3 4 1 2 3 4 0 0 0 0 提出日を記入してください。 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ここに押印は不要です。 收受印									