

国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 4 6 1	療養を受けたかた	被保険者氏名	診療を受けた方を記入してください。												
被保険者記号番号	46 - 〇〇 - 〇〇〇〇 (枝番) 02		個人番号(12桁)	1234 - 0000 - 1234												
公費負担者番号	診療について当てはまるものに〇をつけてください。		生年月日	昭和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日						
公費受給者番号			入・外	1. 入院		2. 外来										
資格区分	令和 年 月 診療分	給付割合	7割	8割	9割											
診療年月		療養期間	補装具の場合は、入院時か外来時のどちらで作製したか〇をつけてく						日から	日まで						
種類	1. 一般診療(海外療養費を含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血) ・ 自費診療(医科・調剤・歯科) ・ 他保険分(医科・調剤・歯科)															
傷病名	補装具の場合→補装具製作の証明書に記載の傷病名を記入してください。 その他→傷病名を記載してください(「打撲」等)。															
診療、薬剤の支給又は施術を受けた医療機関等の名称及び所在地			(海外療養費の場合) ・ 国名 ・ 通貨単位 ・ 渡航理由													
診療、調剤又は施術に従事した医師等の氏名																
支給申請をした理由	・ 補装具製作所に国保契約がないため ・ 一般診療のため ・ 他保険資格喪失後受診のため ・ その他()															
発病又は負傷の理由	・ 勤務中又は通勤中の傷病 ・ 第三者行為による傷病 ・ その他(負傷した理由を記入してください(「転倒したため」など))															
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													
□ 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。																
提出日を記入してください。																
武蔵村山市長 殿 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日																
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																
ここに押印は不要です。																
收受印																