

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																			
										個人番号(12桁)	- -																		
被保険者記号番号	46	-	-	(枝番)						生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日															
公費負担者番号										入・外	1. 入院 2. 外来																		
公費受給者番号									給付割合	7割	8割	9割	日数	日															
資格区分	一般								療養期間	令和 年 月 日から																			
診療年月	令和	年	月	診療分						令和 年 月 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																													
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()																												
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									支店名・コード																			
	口座種別	普通	当座	貯蓄					口座番号																				
	口座名義人	フリガナ																											
		漢字																											
※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 令和 年 月 日 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____ 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
																													

