

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号	フリガナ	原書番号	受付年月日	整理番号
		1	令和 年 月 日	
被保険者氏名 (患者名)	男1	医療種別	国保	退職
生年月日	3昭・4平・5令 年 月 日 女2	1	本人3	扶養4
住民コード・員番		世帯主との続柄	福祉医療	割合
被保険者の個人番号			老人乳児	7割 8割 9割
			41・42 80・81	7 8 9
			43・44・82・83	
			84・85 47・48	
			公費	公費番号
				受給者番号
			国保資格取得日	3昭・4平・5令 年 月 日

病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地	
従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名	

種類							表別			入院		外来	
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1本人	7高入一	2本外	8高外一
一般診療	治療用器具	柔整	アンマ マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	医科	歯科	調剤	3六入	9高入7	4六外	
国内	海外									5家入		6家外	0高外7
傷病名	別紙のとおり						療養期間	平成・令和 年 月 日か 平成・令和 年 月 日ま 日間					
負傷年月日	4平成 年 月 日 5令和						療養に要した費用	審査決定金額					
ハリ・灸・アンマ マッサージ	初検日 4平成・5令和 年 月 日 第 回												

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証書類を添えて申請します。
 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。

令和 年 月 日

申請者 〒 -
 (世帯主) 住所 _____

 氏名 ⑧ 電話 () -

申請者の個人番号	保険者番号	280933
----------	-------	--------

受取方法	銀行コード	支店コード	金額欄
口座振込			
窓口	銀行 支店 信用(金庫・組合) 出張所 農 協 支所		
預金種別	普通当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

下記のとおりに決定します。	令和 年 月 日	海外療養費
総療養費	支給決定金額	渡航先国名 ()
		通貨単位 ()

決裁	課長	副課長	課長補佐	係長	係	未納保険料
						有・無

発病又は負傷の原因	
傷病の経過	
診療、薬剤の支給 又は手当の内容	
医療を受けることが できなかった理由	

窓受 口 払領 い 用書	支 給 金 額		を領収しました。 令和 年 月 日
	住 所	_____	
	申 請 者 氏 名		印

注) 添付書類

ア. 一般診療：領収明細書(レセプト等)、領収書

イ. 海外療養費：診療内容明細書、領収明細書、日本語翻訳文

ウ. 治療用装具：医師の意見書、領収書、領収明細書

エ. アンマ・マッサージ
ハリ灸：医師の同意書、領収明細書

オ. 移 送：医師の意見書、領収書

カ. そ の 他：医師の意見書(同意書)、領収明細書(レセプト等)、領収書

※ 必要に応じて上記以外の書類を添付していただく場合があります。