

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1	3	8	4	9	5	療養を受けた	被保険者名													
								個人番号													
記号・番号	4	9	-	-			生年月日	年		月		日									
公費負担者番号							性別	1.男	2.女	入外	1.入院		2.外来								
公費受給者番号							給付割合	7割		8割		日数	日								
資格区分	一般		退職本人		退職扶養		療養期間	年		月		日		から							
診療年月	年		月		診療			年		月		日		まで							
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										7.移送費 8.その他(生血)										
傷病名																					
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													第三者の行為によるものか								
発病又は負傷の理由													<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

療養に要した費用額											食事回数	回									
査定認定額※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										

振込先	銀行名・コード	銀行・農協		信用金庫		支店名・コード	支店		出張所								
	口座種別	普通		当座		口座番号											
	口座名義人	フリガナ															
		漢字															
受領については、口座名義人に委任します。						※世帯主以外の口座に振込を希望される場合に記入してください。(自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。)											
世帯主氏名																	

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

申請者(世帯主) 千住所
 氏名
 電話
 個人番号

(宛先) あきる野市長 殿