

国民健康保険療養費等支給申請書

保険者番号		海外療養費	1:該当	入外区分	1:入院 2:外来	給付割合	7 8 9 10		
記号・番号	受給者名				性別	男・女			
受給者個人番号					第三者行為該当の有無	有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/>			
生年月日	1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成		年 月 日	住所					
公費負担	有・無	公費負担者番号			公費受給者番号				
請求区分	国保				退職			※ 請求区分3の(2割負担者)は、平成26年4月2日以降に70歳になられた方になります。	
	1 一般 6歳～64歳	2 一般 65歳～69歳	3 一般 70歳以上	※ 一般 70歳以上 (2割負担者)	4 一般 70歳～上位	5 一般 未就学児	6 退職 6～64		7 退職 未就学児
療養費種別	1:医科	2:歯科	3:調剤	4:補装具	5:柔整	6:あんま マッサージ	7:はり きゅう	8:その他 ()	9:移送
傷病名				補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日	平成	年	月	日	
診療期間	～						診療実日数	日	
診療及び補装具の装着、移送の判断等を行った医療機関名					医療機関 コード				
療養の給付を受けることが できなかった理由									
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 (世帯主) _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (_____)</p> <p>(あて先) 様</p>									
振込先 (世帯主 名義)	銀行	協同組合	本店	口座 種別	1 普通	口座 番号			
	信用金庫	信用組合	支店		2 当座		カタカナ		
銀行 コード			支店 コード	3 その他 ()	口座 名義	漢字			
費用額	保険者負担額	一部負担金	他法負担分 ()	公費患者負担分	指定公費(1割) 70～74歳				
請求									
決定									