

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	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										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	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(海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 針灸 6. 移送費 7. 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	補装具製作所に国保契約なしのため														
発病又は負傷の理由															
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 _____															
															