

国民健康保険・療養費支給申請書

記入例

保険者番号	1	3	8	4	6	1	療養を受けた	被保険者氏名	診療を受けた方を記入してください。							
被保険者記号・番号	46 - 00 - 1111 (枝番) 02							個人番号(12桁)	1234 - 0000 - 1234							
公費負担者番号	診療について当てはまるものに○をつけてください。							生年月日	昭和 30 年 00 月 00 日							
公費受給者番号	平成 令和 年 月 診療分							性別	1. 男 2. 女		入外	1. 入院 2. 外来				
資格区分	一般						給付割合	7割 8割 9割		日数	日					
診療年月	平成 令和 年 月 診療分						療養期間	平成 令和 平成 令和		入院か外来のどちらで診療を受けたかに○をつけてください。						
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一般診療(海外療養費含む) <input type="checkbox"/> 2. 補装具 <input type="checkbox"/> 3. 柔整 <input type="checkbox"/> 4. あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 5. 針灸 <input type="checkbox"/> 6. 移送費 <input type="checkbox"/> 7. その他(生血)															
傷病名	傷病名を記入してください(「打撲」等)。															
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	申請した理由を記入してください(「保険証を忘れて受診したため」等)。															
発病又は負傷の理由	負傷した理由を記入ください(「転倒したため」等)。															
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								
振込先	銀行名・コード	武蔵村山銀行			1	2	3	4	支店名・コード	村山支店			1	2	3	
	口座種別	普通			当座	貯蓄		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義人	フリガナ	コ	ク	ホ	タ	ロ	ウ								
	漢字	国	保		太	郎										
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 3 年 00 月 00 日 世帯主 住所 武蔵村山市本町1-1-1 氏名 国保太郎 電話 042-565-1111 個人番号 1 2 3 4 1 2 3 4 0 0 0 0 提出日を記入してください。 ここに押印は不要です。 ※世帯主本人の署名でない場合は、記名押印してください。 收受印																