

福祉医療 有 ・ 無
第三者行為 有 ・ 無

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号							原書番号	受付年月日			整理番号						
フリガナ							1		令和 年 月 日								
被保険者氏名 (患者名) 生年月日 3 昭・4 平・5 令 年 月 日 女2							医療種別	国保	退 職		割合	7割	8割	9割			
								1	本人3	扶養4		7	8	9			
住民コード・員番							世帯主との続柄	福祉医療	老人乳児	重度障害	母子こども						
								41・42	80・81	43・44・82・83	84・85	47・48					
被保険者の個人番号								公費	公費番号	受給者番号							
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地								国保資格 取得日	3 昭・4 平・5 令 年 月 日								
従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名							交通事故等による 第三者行為			1 有 2 無							
種 類							表 別			入 院		外 来					
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1 本入	7 高入一	2 本外	8 高外一				
一般診療	治療用	柔 整	アンマ	ハリ・灸	移送	その他	医科	歯科	調剤	3 六入		4 六外					
国内海外	装 具		マッサージ							5 家入	9 高入7	6 家外	0 高外7				
傷病名							療養期間		令和 年 月 日から 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。 申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。 また、未納の国民健康保険税がある場合は、保険税に充当することを了承します。																	
申請者 〒 ー (世帯主) 住所							加西市長 殿 年 月 日										
氏 名							電話 () ー										
申請者の個人番号							保 險 者 番 号		280214								
受取方法	口座振込	※ 公金受取口座を利用する場合は、申請書右下の欄にチェック(✓)してください。口座情報の記入は不要です。															
	窓口	銀行コード					支店コード				金 額 欄						
預金種別	普通当座	口座番号															
フリガナ																	
口座名義人							海 外 療 養 費										
下記のとおり決定します。 令和 年 月 日							渡航先国名 ()										
							通貨単位 ()										
総療養費							支給決定金額										
							□ 公金受取口座を利用します。 (世帯主へ振込の場合のみ利用可)										
決 裁	課長	副課長	課長補佐	係長	係		未納保険料										
							有 ・ 無										
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。																	

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 _____		

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。