# 国民健康保険療養費支給申請書

| 原書番号 | 受付年月日 | 整理番号 | |
|---|---|---|---|
| 1 | 令和　年　月　日 | | |

| 被保険者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | | | |
| 被保険者氏名（患者名） | | | | | | | 男1・女2 |
| 生年月日 | 3昭・4平・5令　年　月　日 | | | | | | |
| 住民コード・員番 | | | | | | | |
| 被保険者の個人番号 | | | | | | | |

| 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 | |
| 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 | |

| 公費 | 公費番号 | 受給者番号 |
|---|---|---|
| | | |

| 国保資格取得日 | 3昭・4平・5令　年　月　日 |
|---|---|

| 病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地 | |
|---|---|
| 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本人 | 7高入一 | 2本外 | 8高外一 |
| 一般診療 国内 海外 | 治療用装具 | 柔整 | アンマ マッサージ | ハリ・灸 | 移送 | その他 | 医科 | 歯科 | 調剤 | 3六入 | | 4六外 | |
| | | | | | | | | | | 5家入 | 9高入7 | 6家外 | 0高外7 |

| 傷病名 | | 療養期間 | 平成・令和　年　月　日から<br>平成・令和　年　月　日まで　日間 |
|---|---|---|---|
| 負傷年月日 | 4 平成<br>5 令和　年　月　日 | 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<br>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拠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。

令和　年　月　日

申請書（世帯主）　〒　－
住所

氏名　　電話（　）－　－

| 申請者の個人番号 | | 保険者番号 | 280404 |
|---|---|---|---|

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（レ）してください。口座情報の記入は不要です。

| 銀行コード | | | | | 支店コード | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

銀行　支店
信用（金庫・組合）　出張所
農協　支所

| 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |

窓口

| 金額欄 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

海外療養費

| 渡航先国名（　） |
|---|
| 通貨単位（　） |

下記のとおり決定します。

令和　年　月　日

| 総療養費 | | 支給決定金額 |
|---|---|---|
| | | |

| 決裁 | 課長 | 参事 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 未納保険料 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 有・無 |

☐ 公金受取口座を利用します。

※ 給付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される場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（レ）してください。

| | |
|---|---|
| 発病又は負傷の原因 | |
| 傷　病　の　経　緯 | |
| 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 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 窓口払い受領用書 | 支　給　金　額 | | を領収しました。<br>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手添付していただく場合があります。