

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)				男1				医療種別				国保 退職 割合																																											
生年月日				3昭・4平・5令 年 月 日 女2				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 ども																																											
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 一般診療 国内海外				2 治療用 装 具				3 柔 整				4 アンマ マッサージ				5 ハリ・灸				7 移送				8 その他				1 医科				3 歯科				4 調剤				1 本入				7 高入一				2 本外				8 高外一			
傷病名								療養期間				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				日間																																							
負傷年月日				4平成 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				4平成・5令和 年 月 日 第 回																																															
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 〒 - (世帯主) 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ 電話 () - _____</p>																																																							
申請者の個人番号				保 険 者 番 号				280867																																															
受取方法				銀行コード				支店コード				金 額																																											
窓口				銀 行 信用(金庫・組合) 農 協				支 店 出張所 支 所				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																																											
下記のとおりに決定します。				令和 年 月 日				渡航先国名 ()				通貨単位 ()																																											
総療養費				支給決定金額																																																			
決 裁				課長 副課長 課長補佐 係長 係				未納保険料				職員記載欄																																											
								有・無				本人確認(該当に○) 確認者																																											
												・マイナンバーカード ・運転免許証 ・資格確認書 ・その他()																																											

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。