国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号					
1	9				

加入制度	本家入外区分				
1国保	1本入	3六入	5家入	7高一入	9高7入
4退職	2本外	4六外	6家外	8高一外	0高7外

決定額							
一部負担額							
支給額							
公費負担	福	障					

支給申請書受理番号:

国民健康保険療養費支給申請書	一般診療								
	0101 医科	0103 歯科	0104 調剤	02 補装具	03 柔整	04 マッサージ	05 はりきゅう	06 生血	07 移送

申請者（世帯主）	住所 氏名	（連絡先）電話	印		
申請者の個人番号					
被保険者番号		療養を受けた被保険者氏名			
世帯番号		受診者宛名番号			
被保険者の個人番号		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日 生		
傷病名					
発病負傷年月日	令和　年　月　日	性別			
療養期間（調剤・施術）	令和　年　月　日から　月　日まで　日間(日数)				
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局其の他の者の名称及び所在地	病院・医院・診療所・薬局				
療養費の支給申請をした理由〈被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由〉		診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名			
発病又は負傷の原因		療養に要した費用			
交通事故等の第三者行為	有　・　無				

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します。

令和　年　月　日　下記口座にお振り込み下さい。

百万	十万	万	千	百	十	円

振込先

☐ **公金受取口座を利用する。**（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

☐ 振込口座を指定する

フリガナ					
口座名義人					
振込先金融機関	銀行コード		支店コード		
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		支店		
	（右詰前0）口座番号		口座種別		1・2 普通・当座

（世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。）

上記名義人口座への振込を了承します。　世帯主氏名　印

備考