## 国民健康保険療養費支給申請書

/D 17A -	<b>华</b> 平 口		当八	<b>(天)</b>	<b>水</b> [		(1)	引 (文	月	、		' p =	百						
保険 1 1 9 3	者 番 号 6 7 2																		
加入制度		本家入	机豆公							 決;	 定額				1				
1国保	1本入 3六入	5家		入 9福	高7入						負担額				1				
4退職	2本外 4六外	+	外 8高一	+							へ								
175,194	3/19/1   19/0/1	0.20	01   014,	1 0 1	., . , ,	l					負担			<u> </u>	K	章			<u> </u>
									L		. 只!!!		- 11	ш	į r	<del></del>			
士	; += ¬; □											án,⇒Λ u	±:	l					
支給申請書受	(埋番号:											-般診療 0103		02	03	04	05	06	07
											0101	0100	0101			マ	は		
	国民健	康	保険	寮才	養費	夏支:	給	申請	青青	<b>小</b>	医	歯	調	補装	柔	ッサ	りき	生	移
											科	科	剤	具	整	Ì	ゆ	<u>ín</u> .	送
																ジ	う		
世申住 所																			
世申 住 所																	印		
	(連絡先) 電	話																	
申請者の																			
個人番号 被保険者							1				<u>                                     </u>								
番号								寮養を受	受け	た									
世帯番号		受診	者宛名番	클 -			初	は保険す	<b></b>	名									
被保険者の				+							1								
個人番号								F	上左	月日		1177 =Gen	₩ A	- Fen	h			П	#-
傷 名								=	<b>L</b> .+	•月 日		昭和•	平成・令	TALL	年		月	B	生
発病負傷     年 月 日	令和	年	月		日	İ		<u> 1</u>	生	別									
療養期間 (調剤・施	令和	年	月		日	から		月		月	まで								
術)									Т										
	支給又は手当																	1	
けに病院・ 他の者の名	診療所・薬局	具の																	
															病院	• 医院	さ・診り	寮所・	薬昂
皮差弗の古	給申請をした	畑山											診療	調剤ス	又は手	当に行	進事し	た医的	币、
〈被保険者	証で治療等が	受け	歯科医師、薬剤師その他の者の ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・								者のよ	七名							
られなかっ	た具体的な理	由〉																	
発病又り	は負傷の原	因。											\ <del> </del>	主	) <del>-</del> - ī	# 1	+-	弗.	ш
大 洛 吉 共	 等の第三者 <sup>2</sup>	<b>≔</b> ⊁.	<del></del>	<del>-</del>							ámi.		炼	食	に	安し	ノに	負	用
			1		<i>lo</i> 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	- >					無		百万	十万	7 万	千	<b>i</b> 百	+	<b>:</b>
	り療養に要した	費用に												.~	"	, 			
令和	年 月		日	下記	口座に	ニお振り <del></del>	込	み下さり	, 。	<del>                                     </del>	_			Ĺ.,	<u>!</u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
フリ	ガナ																		
口座名郭	義人																		
振	銀行コ	<u>-</u> к									支店:	コート	·						
込	24/11	'					<u> </u>			銀行									
金										信用金庫 信用組合									
機	a詰前 O )	1	1	-	-		1		_	協同組合		口座	<u> </u>				1		<u> </u>
関	1座番号										1	1 月 1 月 1 月 1 月 1 月 1 月 1 月 1 月 1 月 1 月		L		<u>\$</u>	· 普通		<u> </u>
(世帯主と預	<b>賃金名義人が違う</b>	場合は	こ、この欄に	署名	捺印し	てくだ	さい	·。)											
	長人口座への振込:	を了承	します。		世帯	主氏名												印	
備考																			

## 記入上の注意

保険者番号 1 9 3 6 7 2

**大字 1 M ▽ △** 

1国保 4退職

1本入	3六入	5家入		9高7入
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	礻	畐	ß	章		

支給申請書受理番号:				1					
<u>大闹小明自又在曲勺</u>			0103 0104	02	03	04 マ	05 は	06	07
国民健康保険療養費支給申請	書	1 ' 1	歯 調科 剤	補装具	柔整	ッサージ	りきゅう	生血	移送
世申住 所 世書任 所 世書 氏 名 世帯主 (所属医療機関の先生) を、住所 して下さい		計は所属	医療機関	関の情	報を	記載		$\overline{)}$	
申請者の								<u> </u>	
個人番号 記載不要 被保険者 20-0-0-0	11.7								
番号			`	ご本	人の	氏名	<u>Z</u>		
被保険者の個人番号記載不要	<b>在</b> 日 日		no mo	C. etc.	ber				
傷 病 <sup>生</sup> 名	年月日	B)	宮和・平成・令	<b>分</b> 杯口	年		月	日	生
発病負傷 年 月 日     令和     年     月     日     性	別								
療養期間     (調剤・施     令和     年     月     日から     月       術)	<b>\</b>	まで	銭関等を受						
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	▲ した日 てくだ 寸した 日数は さい。	数(回数 さい。 日が受診 空欄で記	x)を記載 (補装具は 3日となり 3入してく	し採、だー	病院・				
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 ・装具作成の為 等	-		診療歯科	調剤を	スは手 薬剤師	当に従 師その 	注事し )他の 	た医 者の 日 一	市、 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・	診療費の場	無場合	百万	1 十万	$\bigwedge$	千	百	+	F
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れています。 フ リ ガ ナ	レセプトと 装具の場 診断書と領	領収書。 合は	racklet	載して	こ要した てくだる 須です。	さい。	円単位	で記	}
口座名義人     振込先情報       振     銀行コート     (医療機関・先生のご口座)       を記載してください。	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	支店コ	ード						
先 金融機 機 (右詰前0) 口座番号	信用金庫信用組合協同組合					- 崔	1 手通	支 ・ 2 ・ 当	
(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	
<b>備考</b>									