

国民健康保険療養費支給申請書

保 険 者 番 号																		
1	9	3	6	7	2													
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	0103	0104	02	03	04	05	06	07
										医科	歯科	調剤	補装具	柔整	マッサージ	はりきゅう	生血	移送
(世帯主)	申請者	住 氏 所 名	印															
		(連絡先) 電 話																
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												
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。										百万 十万 万 千 百 十 円								
令和 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。																		
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																		

記入上の注意

保険者番号

1 9 3 6 7 2

加入制度

1国保

4退職

本家入外区分

1本入

3六入

5家入

7高一入

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

福

障

支給申請書受理番号:

一般診療

0101

0103

0104

02

03

04

05

06

07

医科

歯科

調剤

補
装
具

柔
整

マ
ッ
サ
ー
ジ

は
り
き
ゅ
う

生
血

移
送

国民健康保険療養費支給申請書

(世帯主)
申請者
氏名

住所

氏名は世帯主(所属医療機関の先生)を、住所・電話番号は所属医療機関の情報を記載して下さい。

印

(連絡先) 電 話

申請者の
個人番号

記載不要

被保険者
番号

2 0 - 〇 - 〇 - 〇

療養を受けた
被保険者氏名

ご本人の氏名

世帯番号

記載不要

受診者宛名番号

記載不要

被保険者の
個人番号

記載不要

傷 病
名

生年月日

昭和・平成・令和

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
術)

令和 年 月 日から 月 日まで

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

期間内に医療機関等を受診
した日数(回数)を記載し
てください。(補装具は採
寸した日が受診日となり、
日数は空欄で記入してくだ
さい。)

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)

具体的な理由を記入してください。
例) ・保険証の発行が遅れていた為
・装具作成の為
等

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

診療費の場合
レセプトと領収書。
装具の場合は
診断書と領収書。

療養に要した額を円単位で記
載してください。(10割の
費用額です。)

フリガナ

口座名義人

銀行コード

振込先情報
(医療機関・先生のご口座)
を記載してください。

支店コード

振込先
金融機
関

(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