

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号 フリガナ 被保険者氏名 (患者名) 生年月日 住民コード・員番 被保険者の個人番号		9 9 9 9 9 9 9	フリガナ ○○○ ○○○	○○○ ○○○	男1	3 昭・4 平・5 令 50 年 10 月 1 日 女2		原書番号 1	受付年月日 令和 年 月 日	整理番号		
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地		医療種別 1		国保 1	退職 本人3 扶養4	割合 7割 8割 9割 7 8 9	世帯主との続柄 福祉医療	老人乳児 41・42 80・81	重度障害 43・44・82・83	母子 84・85	子ども 47・48	
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		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		
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	3 医科	4 歯科	1 本人 3 六人 5 家人	7 高入一 9 高入7	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
傷病名		療養期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		療養に要した費用		審査決定金額				
負傷年月日		4平成 5令和		年 月 日		初検日		4平成・5令和		年 月 日 第 回		
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						
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。												
申請者 千 一 (世帯主) 住所										令和 年 月 日		
氏 名										電話 () -		
申請者の個人番号		保 険 者 番 号		283051								
受取方法		※ 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(✓) してください。口座情報の記入は不要です。		銀行 コード		9 9 9 9		支店 コード		9 9 9		
窓口		銀 行		支 店		信用(金庫・組合)		出張所		農 協		
預金 種別		普通 当座		口座番号		9999999						
フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		
口座名義人		口座名義人		口座名義人		口座名義人		口座名義人		口座名義人		
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		有・無										
渡航先国名 () 通貨単位 () □ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座 を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓)してください。												

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	
生年月日		3昭・4平・5令 年 月 日 女2		1		本人3		扶養4	
住民コード・員番				世帯主との続柄		福祉医療		割合	
被保険者の個人番号						老人乳児		7割	
						41・42		8割	
						80・81		9割	
						43・44・82・83			
						84・85			
						47・48			
						公費		受給者番号	
						公費番号			
						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 一般診療		2 治療用器具		3 柔整		4 アンママッサージ		5 ハリ・灸	
6 移送		7 その他		8 医科		9 歯科		10 調剤	
11 1本入		12 7高入一		13 2本外		14 8高外一			
15 3六入		16 4六外		17 5家入		18 9高入7		19 6家外	
20 0高外7									
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 年 月 日		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					
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。									
申請者 千 一		住所		氏名		電話 () -		令和 年 月 日	
申請者の個人番号		保険者番号		283051					
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(✓)してください。口座情報の記入は不要です。		金額欄			
窓口		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								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				□ 公金受取口座を利用します。	
決 裁		課長		副課長		課長補佐		係長	
								係	
								未納保険料	
								有・無	
※ 給付金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する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。									

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。