

国民健康保険療養費支給申請書

													受付担当者		
診療年月	令和〇年〇月			有	原爆	障害	乳児	受付年月日	年 月 日						
保険者名	神石高原町			無	ひとり親	その他()									
保険者番号	340927			療養を受けた被保険者氏名	〇 〇 〇 〇			性別	(男) 女						
被保険者証 記号・番号	12345678			生年月日	(昭和) 平成 30 年 1 月 1 日			保険 種別	一般被保険者						
				個人番号					退職被保険者	本人					
傷病名	別紙のとおり			療養期間	令和〇年〇月〇日から			診療実日数	本人家族入外						
発病負傷 年月日	平成 年 月 日				令和〇年〇月〇日まで			1 日	01:本人入院	06:家族外来					
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の者の 名称及び所在地	別紙のとおり			給付割合	7 割			02:本人外来	07:高齢者入院一般						
								03:未就学入院	08:高齢者外来一般						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医 師又は薬剤師の氏名	別紙のとおり			医療機関コード											
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
療養の給付等 を受けることができ なかった理由	① 急病等により被保険者証を携帯していなかったため 2 被保険者証の交付前であったため 3 治療用装具 4 生血 5 柔道整復 6 海外渡航中であったため 7 その他 ()			傷病の原因	不詳										
				傷病の経過	良好										
				療養内容	投薬その他										
療養に要した費用	千	百	十	万	千	百	十	円	1 0 0 0 0						
備考															
振込先	金融機関名 及び店舗名	〇 〇			銀行	〇 〇			本店	種別	1 普通		2 当座		
		〇 〇			信用金庫	〇 〇			支店	口座番号	1	2	3	4	5
口座名義人(カナ)															
										第三者行為の有無		有 (無)			
上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。															
												令和 年 月 日			
世帯主住所															
(フリガナ)															
世帯主氏名															
連絡先電話番号															