

# 記載例

## 国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |              |      |                    |        |      |    |         |       |          |            |            |            |               |       |        |      |  |      |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--------------|------|--------------------|--------|------|----|---------|-------|----------|------------|------------|------------|---------------|-------|--------|------|--|------|
| 診療年月                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成 30 年 4 月   |  |  | 有            | 原爆   |                    | 障害     |      | 乳児 |         | 受付年月日 |          |            | 平成 年 月 日   |            |               | 受付担当者 |        |      |  |      |
| 保険者名                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 神石高原町国民健康保険   |  |  | 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 |      | 神石花子               |        |      |    | 性別      |       | 男        |            | 女          | 一般被保険者     |               |       |        |      |  |      |
| 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    |       | 退職被保険者   |            | 本人         | 被扶養者       |               |       |        |      |  |      |
| 傷病名                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 別紙のとおり  |  |  | 療養期間         |      | 平成 30 年 4 月 1 日から  |        |      |    | 診療実日数   |       | 本人家族入外   |            | 本人         | 本人         |               |       |        |      |  |      |
| 発病負傷年月日                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成 年 月 日  |  |  | 療養期間         |      | 平成 年 月 日まで         |        |      |    | 日       |       | 01:本人入院  |            | 06:家族外来    | 07:高齢者入院一般 |               |       |        |      |  |      |
| 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 |       | 03:未就学入院 | 08:高齢者外来一般 | 09:高齢者入院7割 | 00:高齢者外来7割 |               |       |        |      |  |      |
| 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      |      |                    |        |      |    |         |       |          |            |            |            |               |       |        |      |  |      |
| 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<br>2 被保険者証の交付前であったため<br>3 治療用器具<br>4 生血<br>5 柔道整復<br>6 海外渡航中であったため<br>7 その他 |  |  | 傷病の原因        |      | 不詳                 |        |      |    | 傷病の経過   |       | 外来加療中    |            |            |            | 療養内容          |       | 器具装着療法 |      |  |      |
| 療養に要した費用                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 0 0 0 0   |  |  |              |      |                    |        |      |    |         |       |          |            |            |            |               |       |        |      |  |      |
| 備考                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |              |      |                    |        |      |    |         |       |          |            |            |            |               |       |        |      |  |      |
| 振込先                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 金融機関名及び店舗名  |  |  | 銀行           |      | 0000               |        |      |    | 信用金庫    |       | 00       |            |            |            | 本店            |       | 種別     | 1 普通 |  | 2 当座 |
| 口座名義人(カナ)                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | シンセキ  |  |  | タロウ          |      |                    |        | 信用組合 |    |         |       |          |            | 出張所        |            | 1 2 3 4 5 6 7 |       |        |      |  |      |
| 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。

平成 30 年 5 月 1 日

世帯主住所 神石郡神石高原町〇〇9999番地

(フリガナ) シンセキ タロウ  
世帯主氏名 神石 太郎



連絡先電話番号 0847-89-0000

必ず押印をお願いします