

国民健康保険療養費支給申請書

														受付担当者			
診療年月	平成 年 月			有	原爆	障害	乳児	受付年月日	平成 年 月 日								
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				性別	男 女								
被保険者証記号・番号				生年月日	昭和 平成 年 月 日				保険種別	一般被保険者							
傷病名				療養期間	平成 年 月 日から			診察実日数		本人家族入外							
発病負傷年月日	平成 年 月 日				平成 年 月 日まで				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								給付割合	割		02:本人外来	07:高齢者入院一般					
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								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				傷病の原因												
	2 被保険者証の交付前であったため				傷病の経過												
	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 ( )				療養内容												
療養に要した費用		千万	百万	十万	万	千	百	十	円								
備考																	
振込先	金融機関名及び店舗名			銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店	種別	1 普通		2 当座					
	口座名義人(カナ)							支店 出張所		口座番号							
										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 年 月 日																	
世帯主住所																	
(フリガナ)																	
世帯主氏名																	
連絡先電話番号																	

添付書類確認：医師の証明書・領収書・装具明細書