

国民健康保険 療養費支給申請書

※太枠の中のみ記載してください

| | | | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|--|---|
| 保険者番号 | 1 2 0 2 1 2 | (療養を受けた) 被保険者名 | | | |
| 記号・番号 | 21 - | 生年月日 | 3.昭 4.平 5.令 年 月 日 | | |
| 公費負担者番号 | | 入院外来 | 1.入院 2.外来 | 日数 | 日 |
| 受給者番号 | | | | 食事回数 | 回 |
| 個人番号 | | 第三者行為 | 1.有 2.無 | | |
| 保険制度 | 1.国保 4.退職(退職本人・退職扶養) | 給付割合 | 7割 8割 | | |
| 高齢者・乳幼児 | 1.70歳以上高齢者 2.6歳(未就学者) | 療養期間 | 年 月 日から | | |
| 診療年月 | 年 月 診療 | | 年 月 日まで | | |
| 療養費種別 | 01.一般診療 (1.海外療養費) 02.補装具 03.柔整 04.あんま・マッサージ 05.はり・きゅう 06.看護 07.移送 08.その他 09.標準負担額差額 10.生血 | | | | |
| 傷病名 | | 疾病コード | 受領委任 コ | | |
| 診療を受けた医療機関等の所在地及び名称 | | 機関コード | | | |
| 申請の理由 | 発病又は負傷の原因 | | 長期 | 長期高額 1.低I 2.低II | |
| | 診療・調剤又は手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称 | | | 第 二 別 法 | |
| 療養に要した費用(A) | | 支 給 額 | | | |
| 薬剤一部負担金(B) | | | | | |
| 患者負担額(C) | | 審 査 会 認 定 (A) | | | |
| 食事に要した費用(D) | | | | | |
| 食事標準負担額(E) | | 審 査 会 認 定 (D) | | | |
| | | | | | |
| 【振込口座依頼書】 (以下の①又は②のいずれか希望する振込口座の口にチェックを入れてください。) | | | | | |
| ① <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。(※マイナポータルでの登録を済まされた方が利用できます) | | | | | |
| ② <input type="checkbox"/> 以下の口座に振込を依頼します。 | | | | | |
| 振込先 | 銀行名/コート | | 支店名/コート | 支店 | |
| | 口座番号 | | 預金種目 | 1.普通 2.当座 3.別段 4.貯蓄預金 9.他 | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | 備考 | (受領を委任する場合) 左記口座名義人に支給額の受領を委任します。 世帯主名 | |
| 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 | | | | | |
| 世帯主 住所 _____ | | | | | |
| 氏名 _____ | | | | | |
| 個人番号 _____ | | | | | |
| 電話 _____ | | | | | |
| 宛先 八千代市長 _____ | | | | | |

※海外療養費申請の際には、同意書もご記入下さい。