

国民健康保険 療養費支給申請書

記入例

※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	八千代 花子			
記号・番号	21 - 1234567	生年月日	3.昭 4.平 5.令 2年 6月 12日			
公費負担者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来	日数	1 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	令和	3年 1月 9日 から		
診療年月	令和 3年 1月 診療			年 月 日 から		
療養費種別	01. 一般診療 (1. 海外療養費 02. 補装身 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゆう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血)					
傷病名	第3腰椎圧迫骨折	疾病コード	受領委任			
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称	八千代市大和田新田477-96 東京女子医科大学附属八千代医療センター	機関コード	発病又は、負傷の原因			
申請の理由	医師の指示による	自宅で転倒		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	八千代 次郎	※わからない時は不明		第2別		
療養に要した費用(A)		支給額				
薬剤一部負担金(B)		審査会認定(A)				
患者負担額(C)		審査会認定(D)				
食事に要した費用(D)						
食事標準負担額(E)						
【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せられた方が利用できます)						
② <input checked="" type="checkbox"/> 以下の口座に振込を依頼します。						
振込先	銀行名/コード	バラ銀行 0 0 0 0			支店名/コード	八千代 支店 1 1 1
	口座番号	1 2 3 4 5 6 0	預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他		
	フリガナ	ヤチヨ ハナコ				
	口座名義人	八千代 花子		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 八千代 太郎	
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 3年 4月 10日 世帯主 住所 八千代市大和田新田312-5 氏名 八千代 太郎 個人番号 電話 047-483-1151 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。