

国民健康保険療養費支給申請書

療養年月	年	月分
------	---	----

区 分	1 单独	1 本入	5 家入	7 高入一
	2 2 併	2 本外	6 家外	8 高外一
	3 3 併	3 六入		9 高入 7
		4 六外		0 高外 7

公費負担者番号								保険者番号				330100											
受給者番号								被保険者の 記号番号				岡10-											
療養を受けた 被保険者				氏名		新見 花子				昭・平 令 25年 4月 1日生													
				個人番号						男・女		続柄 妻											
傷病名								発病又は負傷 年 月 日		年 月 日													
療養期間				年 月 日から 年 月 日まで (日間)				療養に要した 費用		療養の給付		円											
										食事療養費		円											
診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局等				所在地																			
				病院等名称及び 医師又は薬剤師氏名																			
発病の原因 診療内容及び傷病の経過								第三者行為 他															
療養の給付を 受けることがで きなかった理由				立替払い ・ 保険証不提示 ・ その他 (																			
種別 区分		1		2		3		4		5		7		8		99		88					
		1 医		3 歯		4 調		1 海外療養費		補装具		柔道		マッサージ		ハリ・ キュウ		移送		その他		特別 療養費	
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙（裏面）証拠書類を添えて申請します。																							
年 月 日				住所 新見市 新見310-3																			
				申請者 氏名 新見 太郎																			
				(世帯主)				※本人が署名(自署)してください(押印不要)。															
新見市長様				個人番号																			
申請者は必ず世帯主になります				電話番号																			
				電話 (0867) 72 -																			
この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。																							
銀行 中国 信用金庫 新見 農協				支店 新見 支所 出張所				預金種目 ① 普通預金 ② 当座預金				口座番号 0123456				氏名 新見 太郎							
※申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙委任状を提出してください。																							

	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
決定			(食事療養費)					