

国民健康保険療養費支給申請書

|    |      |      |      |                |
|----|------|------|------|----------------|
| 区分 | 1 単独 | 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 | 4 六外 | 9 高入7<br>0 高外7 |

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 療養年月 | 年 | 月 | 分 |
|------|---|---|---|

|                                               |                   |                       |                            |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
|-----------------------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|------------|-----|-----|-------|----------------------|----------|-----|-----------|------------|---|---|-------------|---|-----|-----|--|--|
| 公費負担者番号                                       |                   |                       |                            |            |     |     |       | 保 険 者 番 号            |          |     | 3         | 3          | 0 | 1 | 0           | 0 |     |     |  |  |
| 受 給 者 番 号                                     |                   |                       |                            |            |     |     |       | 被 保 険 者 の<br>記 号 番 号 | 岡 1 0 -  |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
| 療養を受けた<br>被 保 険 者                             | 氏 名               |                       |                            |            |     |     |       |                      | 昭・平<br>令 |     | 年         |            | 月 |   | 日           |   | 生   |     |  |  |
|                                               | 個人番号              |                       |                            |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   |             |   | 男・女 | 続 柄 |  |  |
| 傷 病 名                                         |                   |                       |                            |            |     |     |       | 発病又は負傷<br>年 月 日      | 年 月 日    |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
| 療 養 期 間                                       | 年 月 日から           |                       |                            |            |     |     |       | 療養に要した<br>費 用        | 療養の給付    | 円   |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
|                                               | 年 月 日まで<br>( 日間 ) |                       |                            |            |     |     |       |                      | 食事療養費    | 円   |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
| 診療・薬剤の支給又は手当を<br>受けた病院・診療所・薬局等                |                   |                       | 所 在 地                      |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
|                                               |                   |                       | 病 院 等 名 称 及 び<br>医師又は薬剤師氏名 |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
| 発 病 の 原 因<br>診 療 の 内 容<br>及 び 傷 病 の 経 過       |                   |                       |                            |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   | 第三者行為 ・ その他 |   |     |     |  |  |
| 療 養 の 給 付 を<br>受 け る こ と が で<br>き な か っ た 理 由 |                   | 立替払い ・ 保険証不提示 ・ その他 ( |                            |            |     |     |       |                      |          |     |           |            |   |   |             |   |     |     |  |  |
| 種別<br>区分                                      | 1                 |                       |                            |            | 2   | 3   | 4     | 5                    | 7        | 8   | 99        | 88         |   |   |             |   |     |     |  |  |
|                                               | 1<br>医            | 3<br>歯                | 4<br>調                     | 1<br>海外療養費 | 補装具 | 柔 道 | マッサージ | ハリ・<br>キュウ           | 移 送      | その他 | 特別<br>療養費 | 保険者<br>間調整 |   |   |             |   |     |     |  |  |

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

申請者 氏名

(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

電話 ( ) -

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

|      |     |         |         |        |
|------|-----|---------|---------|--------|
| 銀 行  | 支 店 | 預 金 種 目 | 1. 普通預金 | 口座番号   |
| 信用金庫 | 支 所 |         | 2. 当座預金 | (フリガナ) |
| 農 協  | 出張所 |         |         | 名 義 人  |

※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。

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

|     |     |     |         |       |           |          |      |       |
|-----|-----|-----|---------|-------|-----------|----------|------|-------|
| 決 定 | 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 |
|     |     |     | (食事療養費) |       |           |          |      |       |