

| | | |
|--------|--------|--------|
| 一 般 | 退 本 | 退 扶 |
| | | |

| | | | | | |
|-------|---|---|--|--|--|
| 決定額 | | | | | |
| 一部負担額 | | | | | |
| 支給額 | | | | | |
| 公費負担 | 福 | 障 | | | |

支給申請書受理番号：

| 国民健康保険療養費支給申請書 (医科・歯科・薬剤・補装具・柔整 あんま・マッサージ・はり・きゅう 看護・移送・その他・生血) | | | | | | | | | | | |
|--|---------|--|---------|----|-----|-----------------------------|----------------------------------|----------------|--|--|--|
| (世帯主)申請者 | 住所名 | | (連絡先)電話 | | | | | | | | |
| 申請者の個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号・番号 | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | | | | | |
| 世帯番号 | 受診者宛名番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者の個人番号 | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | |
| 発病負傷年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | | | | | | |
| 療養期間(調剤・施術) | 年 | 月 | 日から | 月 | 日まで | 日間 | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 療養費の支給申請をした理由<被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由> | | | | | | | 診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 | | | | |
| 傷病の経過 | | 療養内容 | | | | | | | | | |
| 発症又は負傷の理由 | | 1：第三者行為(交通事故等) 2：業務上の災害(通勤災害等) 3：その他(自損事故・疾病等) | | | | 療養に要した費用 百万 十万 万 千 百 十 円 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する | | | | | | | | | | | |
| 振込先 口座名義人(カナ) | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | | 銀行コード | | | | 支店コード | | 支店 | | | |
| (右詰前0)口座番号 | | | | | | 預金種目 | | 1 普通 2 当座 4 貯蓄 | | | |
| (世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印 | | | | | | | | | | | |