

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号		0 0 1 3 8 4 4 6				公費負担者番号								給付割合			
資格区分		一般				公費受給者番号								7割 8割 9割			
療養を受けた人	被保険者証記号番号		44 — — (枝番)														
	氏名					生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日									
						個人番号											
種類		1. 一般診療(海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血)															
傷病名																	
診療を受けた医療機関名又は施術師および所在地		医療機関名				所在地											
支給申請をした理由		1.保険証を持っていなかったため 3.治療用装具を作成したため (理由:) 4.その他: 2.誤って他の保険者の保険証を使用したため															
発病または負傷の理由		1:第三者行為(交通事故等) 2:疾病・けが 3:その他()															
診療年月		令和 年 月 診療				入外		1. 入院 2. 外来				日数		日			
療養期間		令和 年 月 日から				令和 年 月 日まで											
療養に要した費用額						食事回数		回									
審査認定額						食事に要した費用											
薬剤一部負担金						食事標準負担額											
一部負担金						支給額											
振込先	ゆうちょ銀行以外の金融機関												口座種別				
	銀行・農協 信用金庫・労働金庫				本店 支店 出張所				1.普通 2.当座 3.貯蓄								
	金融機関コード		支店コード		口座番号		名 義 人	フリガナ:									
								氏 名:									
	ゆうちょ銀行の記号・番号(または店番・口座番号)																
記号(または店番3桁)		の		番号(または口座番号7桁) 右詰め													
1		0															

清瀬市長 殿

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いたします。

令和 年 月 日
 下

住所：清瀬市

申請者（世帯主）氏名： _____

住所： _____

個人番号： _____

電話 番 号 :

受 付 日 付 印

確認書類

- ☐ 個人番号カード ☐ パスポート
☐ 運転免許証 ☐ 在留カード
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証
☐ その他()