記入例 国民健康保険療養費支給申請書

1本入…申請者(世帯主)入院　3六入…6歳未満入院　5家入…70歳未満の家族入院　7高一入…70歳以上2割負担者入院　9高7入…70歳以上3割負担者入院
2本外…申請者(世帯主)外来　4六入…6歳未満外来　6家外…70歳未満の家族外来　8高一外…70歳以上2割負担者外来　0高7外…70歳以上3割負担者外来

加入制度

1国保
4退職

本家入外区分

1本入	3六入	5家入	7高一入	9高7入
2本外	4六外	6家外	8高一外	0高7外

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

一般診療

0101 医科	0103 歯科	0104 調剤	02 補装具	03 柔整	04 マッサージ	05 はりきゅう	06 生血	07 移送	08 その他(海外療養費)

医科…歯医者でも調剤でもない場合
歯科…歯医者
調剤…調剤薬局

(世帯主) 申請者 住所 〒 402-****　都留市上谷*-*-*
氏名 都留　太郎
(連絡先) 電話 080-1234-5678

申請者の個人番号

被保険者番号 402-1234567

療養を受けた被保険者氏名 都留　花子

【補装具申請添付】
①領収書(医療負担10割で支払ったことが分かるもの)
②医療機関からの診療報酬明細書(レセプト)
③世帯主の口座が分かるもの

生年月日 昭和●● 年●●月●●日 生

性別 女

療養期間(調剤・施術) 年　月　日から　月　日まで　日間(日数)

診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局其の他の者の名称及び所在地
都留市上谷*-*-*
都留●●　病院・医院・診療所・薬局

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〉
□ 医師の指示により
□ 資格喪失後に受診したため
☑ 資格取得手続き中であったため
□ その他(　　)

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

発病又は負傷の原因

交通事故等の第三者行為 有　・　無

療養に要した費用

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。
● 年 ● 月 ● 日　下記口座にお振り込み下さい。

百万	十万	万	千	百	十	円
		¥	*	*	*	*

フリガナ ツル　タロウ
口座名義人 都留　太郎

振込先金融機関
銀行コード * * * *　支店コード * * *
都留●●　銀行 信用金庫 信用組合 協同組合　都　支店
(右詰前0) 口座番号 0 1 2 3 4 5 6　口座種別 1　1・2 普通・当座

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)
上記名義人口座への振込を了承します。　世帯主氏名

世帯主口座以外の場合には、世帯主のサインが必要

備考