

# 国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

★太枠内ののみご記入ください

一般

保険者番号	1 3 8 3 7 0	療養を受けた	被保険者名	( 1. 世帯主本人 2. 家族 )									
保険者証記号番号	記号 37-		番号										
公費負担者番号							個人番号						
公費受給者番号							生年月日	昭・平・令 年 月 日					
発病又は負傷の理由	1. 第三者行為(交通事故等)						2. その他(自損事故・疾病等)						
相手方氏名及び住所:													
診療年月	令和 年 月 診療				療養期間	令和 年 月 日から							
納付割合	7割	8割	日数	日		令和 年 月 日まで							
種類	1. 一般診療【 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 】 2. 治療用装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 6. 移送費 7. 海外 8. 生血 9. 食事差額 10. その他( )												
傷病名													
診療を受けた医療機関名又は施術師													
診療を受けた医療機関等の所在地													
支給申請をした理由 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成した <input type="checkbox"/> 誤って他の健康保険証を使用した <input type="checkbox"/> やむを得ず健康保険証を持たずに診療を受けた <input type="checkbox"/> 健康保険を扱っていない施設で施術を受けた						<input type="checkbox"/> 海外渡航中 <input type="checkbox"/> 医師の指示による移送 <input type="checkbox"/> 輸血用の生血 <input type="checkbox"/> その他( )						
療養に要した費用額								食事回数				回	
審査認定額※1								食事に要した費用					
一部負担金								食事標準負担額					
支給額													
受取口座	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する (※口座情報記入不要。 <u>世帯主が公金受取口座をマイナポータル上で登録している方に限ります</u> )												
	□ 世帯主の振込口座を指定する(下記にご記入ください)												
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				支店名		本店 支店					
	金融機関コード					支店コード							
	口座種別	普通 当座 賢蓄			口座番号								
	口座名義人 (世帯主)	フリガナ											
	漢字												

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	受付印											
申請者 (世帯主)	住所											
氏名												
個人番号												
電話												
国分寺市長殿	受付者											